№ 96.

МАТЕРІАЛЫ
КЪ ВОПРОСУ
О ЗАБОЛѢВАНІИ СЛЮННЫХЪ ЖЕЛЕЗЪ
ПРИ
БРЮШНОМЪ ТИФѢ.

Изъ патолого-анатомическаго кабинета проф. *Н. П. Ивановскаго.*

(Патолого-анатомическое изслѣдованіе).

ДИССЕРТАЦІЯ
НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

лекаря Александра Крупенина.

Цензорами диссертаціи, по порученію Конференціи, были профессоры: Н. П. Ивановскій, Л. В. Поповъ и приватъ-доцентъ Н. В. Усковъ.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.
Типографія Департамента Удѣловъ, Моховая, 40.
1891.

Серія диссертацій, допущенныхъ къ защитѣ въ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи въ 1890—1891 учебномъ году.

№ 96.

МАТЕРІАЛЫ
КЪ ВОПРОСУ
О ЗАБОЛѢВАНІИ СЛЮННЫХЪ ЖЕЛЕЗЪ
ПРИ
БРЮШНОМЪ ТИФѢ.

Изъ патолого-анатомическаго кабинета проф. *Н. П. Ивановскаго.*

(Патолого-анатомическое изслѣдованіе).



ДИССЕРТАЦІЯ
НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

лекаря Александра Крупенина.

Цензорами диссертаціи, по порученію Конференціи, были профессоры: Н. П. Ивановскій, Л. В. Поповъ и приватъ-доцентъ Н. В. Усковъ.



С.-ПЕТЕРБУРГЪ.
Типографія Департамента Удѣловъ, Моховая, 40.
1891.

Докторскую диссертацію лекаря **А. И. Крупенина** подъ заглавіемъ: «Матеріалы къ вопросу о заболѣваніи слюнныхъ железъ при брюшномъ тифѣ» печатать разрѣшается съ тѣмъ, чтобы, по отпечатаніи оной, было представлено въ Конференцію ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи 500 экземпляровъ ея.

Ученый Секретарь **Насиловъ**.

Брюшной тифъ, какъ извѣстно, заболѣваніе довольно распространенное и притомъ очень тяжелое не столько по своей сущности, какъ по многочисленнымъ и разнообразнымъ осложненіямъ, которыя нерѣдко служатъ ближайшею причиною гибели заболѣвшаго организма. Литература о брюшномъ тифѣ весьма богата. Какъ цѣлыя эпидеміи, такъ и отдѣльные случаи тифозныхъ заболѣваній, въ особенности уклоняющіеся въ какомъ-нибудь отношеніи отъ нормальнаго теченія болѣзни, служили поводомъ къ непрерывному обогащенію литературы тифа и патолого-анатомическими деталями, и клиническими наблюденіями и, наконецъ, этіологическими изысканіями. Благодаря трудамъ первоклассныхъ наблюдателей и изслѣдователей, мы имѣемъ въ настоящее время довольно полную картину этой болѣзни, освѣщенную со многихъ сторонъ. Уже нѣсколько десятковъ лѣтъ тому назадъ, когда еще не были извѣстны микроскопическіе возбудители тифозной инфекціи, принимаемые нынѣ за causa morbi, многіе авторы дали намъ, вмѣстѣ съ превосходными описаніями брюшнаго тифа, намеки и указанія на природу и пути инфекціи, а также и вѣроятныя объясненія различныхъ осложненій болѣзни. Съ тѣхъ поръ какъ успѣхи бактеріологіи въ послѣднее десятилѣтіе въ значительной степени выяснили природу тифозной заразы, вниманіе многихъ позднѣйшихъ изслѣдователей обратилось на изученіе съ этіологической стороны различныхъ осложненій при этомъ заболѣваніи и отношенія осложненій къ основной болѣзни.

Брюшной тифъ, какъ и другія инфекціонныя болѣзни, поражаетъ весь организмъ; измѣненія при немъ находятъ въ очень многихъ органахъ. Степень этихъ измѣненій довольно разнообразна въ различныхъ случаяхъ,—отъ едва замѣтныхъ подъ микроскопомъ до грубыхъ разрушеній тканей. По словамъ *Liebermeister*'а [1]), въ тяжелыхъ случаяхъ во всѣхъ рѣшительно органахъ сопротивленіе вреднымъ вліяніямъ низводится до minimum'а, и является большая наклонность къ распаденію тканей. Такая потеря устойчивости организма открываетъ, разумѣется, широкій просторъ для появленія по-

---

[1]) Циммсенъ. Руководство къ частной паталогіи и терапіи, т. II.

слѣдовательныхъ заболѣваній и различныхъ осложненій, которыя принято различать—одни, какъ существенныя, отъ другихъ—случайныхъ, вторичныхъ. Первыя составляютъ развитіе далѣе извѣстнаго предѣла тѣхъ измѣненій, которыя постоянно свойственны брюшному тифу; отношеніе другихъ осложненій къ основной болѣзни менѣе тѣсно и непосредственно: въ появленіи ихъ нѣтъ такой частоты и правильности, и тутъ уже отводится болѣе или менѣе мѣста для случайности; сюда относятъ напр. нѣкоторыя заболѣванія легкихъ, крупозные и дифтеритическіе процессы, рожистыя и флегмонозныя воспаленія, различныя нагноенія, нарывы и т. д.

Появленіе нагноеній и такъ называемыхъ метастатическихъ абсцессовъ въ теченіи брюшнаго тифа принадлежитъ къ такимъ осложненіямъ, гдѣ не во всѣхъ случаяхъ достаточно ясно отношеніе этихъ мѣстныхъ пораженій къ основной болѣзни. Рядомъ съ ученіемъ о смѣшанной общей инфекціи, какъ причинѣ нагноительныхъ процессовъ при брюшномъ тифѣ (Mischinfection *Brieger*'a, *Ehrlich*'a, *Gaffky* и другихъ), въ послѣдніе годы появились указанія на случай гнойниковъ, въ которыхъ были найдены исключительно брюшно-тифозныя палочки. Кромѣ того, въ нѣкоторыхъ категоріяхъ нагноеній (otitis, parotitis) считаютъ возможнымъ допускать чисто мѣстную ограниченную вторичную инфекцію, которая можетъ, однако, при благопріятныхъ условіяхъ, превратиться въ общую. Въ этомъ вопросѣ о смѣшанной инфекціи, имѣющемъ помимо его теоретическаго интереса и практическое значеніе въ отношеніи гигіены и терапіи больнаго организма, изслѣдованіями послѣднихъ лѣтъ удалось освѣтить темныя стороны многихъ уже случаевъ осложненій тифознаго процесса нагноеніями. Но есть гнойные процессы, на происхожденіе которыхъ не существуетъ еще согласія во взглядахъ. Къ таковымъ можетъ быть отнесено заболѣваніе слюнныхъ железъ при брюшномъ тифѣ.

Въ числѣ различныхъ осложненій брюшнаго тифа, какъ извѣстно, встрѣчается пораженіе слюнныхъ железъ, преимущественно околоушной, чаще съ одной или рѣже съ обѣихъ сторонъ. Начавшись воспалительнымъ припуханіемъ железы, это заболѣваніе въ большинствѣ случаевъ оканчивается нагноеніемъ. Гораздо рѣже наблюдаютъ припуханіе околоушныхъ железъ безъ нагноенія. Осложненіе въ рѣзко выраженной формѣ, доступной клиническому наблюденію, относится, правда, къ довольно рѣдкимъ. *Griesinger* [1]) говоритъ, что оно встрѣчается при брюшномъ тифѣ не очень часто. По *Hoffmann*'у [2]) на 1600 больныхъ брюшнымъ тифомъ въ Базельскомъ

---

[1]) Гризингеръ. Горячечныя болѣзни. 1866. т. I.

[2]) C. E. E. Hoffmann. Untersuchungen über die pathologisch—anatomischen Veränderungen der Organe beim Abdominaltyphus. Leipzig. 1869.

госпиталѣ за три года было 16 случаевъ гнойнаго паротита (изъ нихъ 7 окончились летально) и 3 случая паротита безъ нагноенія. По наблюденіямъ Liebermeister'a [1]) гнойное воспаленіе околоушной железы стало встрѣчаться гораздо рѣже со времени введенія антипиретическаго лѣченія. Прежде на 100 тифозныхъ приходился одинъ случай; со введенія же этого леченія, онъ видѣлъ гнойный паротитъ всего два раза на 1100 больныхъ (оба съ смертельнымъ исходомъ). Въ отчетѣ *Butz*'a [2]) изъ Мюнхенской клиники проф. Циммсена за 6 лѣтъ (78—83 г.) отмѣчено 4 случая parotitidis на 899 тифозныхъ больныхъ. Эти 4 случая, должно замѣтить, пришлись именно на тотъ годъ (1879), который далъ высшій % смертности сравнительно съ остальными годами, и въ который наблюдалось наибольшее количество всевозможныхъ осложненій, какъ существенныхъ, такъ и случайныхъ,—послѣднія преимущественно въ формѣ рожистыхъ и флегмонозныхъ воспаленій. *Rösli* [3]) встрѣтилъ появленіе паротита на 730 больныхъ брюшнымъ тифомъ въ Цюрихскомъ госпиталѣ за 5 лѣтъ тоже 4 раза; 2 перешли въ нагноеніе (1 съ летальнымъ исходомъ); въ одномъ случаѣ вмѣстѣ съ воспаленіемъ околоушной железы было замѣчено припуханіе и подчелюстной слюнной железы. Въ монографіи *Wernich*'a [4]) о брюшномъ тифѣ приводится 4 случая паротита въ числѣ 39 вскрытій на 244 наблюдавшихся авторомъ больныхъ. *Fremmert* [5]), обработавшій обширный статистическій матеріалъ о паротитахъ при всѣхъ формахъ тифа, наблюдавшихся имъ въ Петербургской Обуховской больницѣ за три года (81—83 г.), приводитъ 15 случаевъ воспаленія околоушныхъ железъ, большею частію гнойнаго, почти на 4000 больныхъ брюшнымъ тифомъ. *Eichhorst* [6]) видѣлъ только два раза это осложненіе въ теченіи восьмимѣсячной эпидеміи въ Цюрихѣ брюшнаго тифа, которымъ переболѣло 1621 человѣкъ. На 170 тифозныхъ больныхъ, бывшихъ въ теченіи 72—82 г. въ клиникѣ проф. Lambl'a въ Варшавѣ, гнойное воспаленіе parotidis наблюдалось 4 раза [7]). Въ Лондонскомъ Fewer-Hospital *Hogg* [8]) насчитываетъ 15 случаевъ гнойнаго паротита на 3543 чел. больныхъ брюшнымъ тифомъ, а по госпитальной статистикѣ *Betke* [9]) 11 случаевъ паротита приходятся

---

[1]) Циммсенъ. l. c.

[2]) Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1885. XXXVII.

[3]) Rösli. Die Complicationem im Abdominaltyphus. Beobachtungen in den Jahren 1874—1878. Jnaug. Diss. Zürich. 1880.

[4]) A. Wernich. Der Abdominaltyphus. Untersuchungen über sein Wesen, seine Tödlichkeit und seine Bekämpfuug. Berlin. 1882.

[5]) Fremmert. Die parotitis. Nach Beobachtungen im Hospital. Deutsch. Arch. f. klin. Med. XXXVIII. 4. 5.

[6]) Deutsch. Arch. f. klin. Med. XXXIX. 3. 4.

[7]) Pacanowski. Gazeta Lekarska 1883. № 8—16.

[8]) [9]) Цитир. по Homolle: Fièvre typhoide. Nouv. dict. de méd. XXXVI.

на 1420 больныхъ. По заявленію *Homolle* [1]) (безъ цифровыхъ данныхъ), въ Парижскихъ госпиталяхъ паротиты бываютъ какъ явленіе исключительное. *Zuelzer* [2]) отводитъ этому осложненію $1-1^1/_2$ %.

Но встрѣчаясь, какъ показываютъ приведенныя числовыя данныя, относительно рѣдко, не болѣе какъ въ 2% (а чаще и еще менѣе) всѣхъ заболѣваній брюшнымъ тифомъ, осложненіе это, въ рѣзко выраженной гнойной формѣ, относится къ тяжелымъ. По *Virchow*'у [3]) опасности гнойнаго воспаленія околоушной железы очень разнообразны. Уже истощеннаго больнаго оно можетъ привести къ смерти вслѣдствіе новаго приступа лихорадки. Въ силу препятствія току крови въ венахъ железы можетъ случиться въ нихъ остановка кровообращенія и образованіе тромбовъ, которые могутъ сдѣлаться исходнымъ пунктомъ эмболій и общей инфекціи, въ особенности если наступитъ гнойное или ихорозное распаленіе окружающей ткани. Благопріятные моменты для дальнѣйшихъ инфекціонныхъ метастазовъ изъ этого источника—обиліе венъ, проходящихъ черезъ железу и по сосѣдству съ нею, и давленіе крѣпкой фасціи, способствующей свертыванію крови въ венахъ. Вслѣдствіе распространеніе нагноенія на височную кость, или на крылья клиновидной, съ послѣдующимъ некрозомъ ихъ, или же путемъ вторичнаго тромбоза черезъ вены, могутъ послѣдовать явленія гнойнаго или геморрагическаго менингита; нагноеніе можетъ распространиться внизъ между фасціями вдоль шеи и т. д. Въ критическомъ обзорѣ старой литературы по этому вопросу Вирховъ говоритъ, что еще Гиппократъ, описавшій очень пространно заболѣваніе parotidis при разныхъ острыхъ и хроническихъ болѣзняхъ, не могъ сказать много хорошаго объ этомъ осложненіи, хотя иногда и наблюдалъ выздоровленіе больныхъ. Hoffmann [4]), по наблюденіямъ котораго почти $^1/_2$ случаевъ тифа, пораженныхъ гнойнымъ воспаленіемъ околоушной железы, окончились смертельно, высказывается относительно всѣхъ опасностей этого осложненія въ такомъ-же смыслѣ, какъ и Virchow. По словамъ *Труссо* [5]), случаи инфекціонныхъ болѣзней, осложненные паротитами, почти всѣ оканчиваются смертельно. *Rigal* [6]), считаетъ исключеніемъ выздоровленіе тифозныхъ больныхъ, пораженныхъ гнойнымъ паротитомъ. По даннымъ госпитальной статистики Betke и Hogg'a [7]), у перваго насчитывается 6 смертныхъ случаевъ на 11

---

[1]) Homolle. l. c.
[2]) Zuelzer. Abdominaltyphus. Real-Encyclopedie d. ges. Heilkunde. 1880. I.
[3]) Virchow. Die acute Entzündung der Ohrspeicheldrüsen. Charité-Annalen. 1858. VIII. 3.
[4]) l. c.
[5]) Труссо. Клиническія лекціи. II.
[6]) Gazette des hôpitaux. 1883. № 78.
[7]) Homolle. l. c.

пораженныхъ упомянутымъ осложненіемъ, у втораго 8 на 15. Многіе авторы, впрочемъ, придаютъ этому осложненію только относительное значеніе. *Бамбергеръ* [1]) ставитъ теченіе «переноснаго» воспаленія слюнныхъ железъ въ зависимость отъ характера и теченія первоначальной болѣзни. По Гризингеру [2]) опасность для больнаго не въ осложненіи, а въ трудномъ теченіи основной болѣзни, сопровождающей это мѣстное страданіе. По словамъ Либермейстера и Zülzer'a [3]), гнойное воспаленіе околоушной железы имѣетъ дурное прогностическое значеніе именно потому, что встрѣчается почти исключительно въ очень тяжелыхъ случаяхъ тифа. Homolle [4]) смотритъ на гнойный паротитъ въ большинствѣ случаевъ какъ на указаніе глубокихъ нарушеній во всемъ организмѣ и часто какъ на выраженіе общей піэміи, приписывая именно въ этомъ послѣднемъ смыслѣ важное значеніе этому осложненію. По даннымъ Fremmert'a изъ 66 больныхъ, пораженныхъ вторичнымъ паротитомъ, погибло 49; но изъ нихъ только въ 7 летальный исходъ могъ быть поставленъ въ тѣсную зависимость отъ воспаленія околоушныхъ железъ (піэмія или септицемія, вызванная паротитомъ). Встрѣчаются вмѣстѣ съ тѣмъ въ литературѣ отдѣльныя указанія на случаи воспаленія околоушныхъ железъ съ легкимъ теченіемъ. Такъ *Förster* [5]) въ своемъ обзорѣ тифозныхъ заболѣваній приводитъ 12 случаевъ гнойнаго паротита, изъ которыхъ только 3 были съ дурнымъ исходомъ вслѣдствіе общей піэміи; остальные не оказали никакого послѣдовательнаго вліянія на дальнѣйшее благопріятное теченіе болѣзни. Такіе же легкіе случаи нотируютъ *Mirabel* [6]), Eichhorst и другіе.

Изъ этого краткаго обзора статистическихъ свѣдѣній видно, что смертность при тифѣ, осложненномъ паротитомъ, вообще довольно велика: по цифрамъ госпитальной статистики, опирающейся на обширный матеріалъ, половина и болѣе тифозныхъ больныхъ съ этимъ осложненіемъ погибаетъ. Въ силу этого обстоятельства пораженіе слюнныхъ железъ при инфекціонныхъ болѣзняхъ заслуживаетъ вниманія съ точки зрѣнія изученія этого осложненія, часто весьма не безразличнаго для исхода болѣзни, къ основному заболѣванію.

---

1) Бамбергеръ. Болѣзни пищеварит. органовъ 1858.
2) l. c.
3) l. c.
4) l. c.
5) R. Förster. Bericht über den Typhus (1858—1862) Schmidt's Jahrb. Bd. 117.
6) Mirabel. De la parotidite dans la fièvre typhoide. Thèse. Paris. 1883.

I.

Извѣстно, что воспаленіе слюнныхъ железъ встрѣчается какъ осложненіе многихъ острыхъ инфекціонныхъ заболѣваній: оно наблюдается при всѣхъ видахъ тифа, пневмоніи, скарлатинѣ, дифтеритѣ, оспѣ и др.; значительно рѣже его встрѣчаютъ при тяжелыхъ хроническихъ процессахъ, ведущихъ къ кахексіи,—хроническомъ энтеритѣ, туберкулозѣ, раковыхъ страданіяхъ и т. п. Такъ какъ паталого-анатомическія изслѣдованія заболѣвшихъ железъ, производившіяся при самыхъ разнородныхъ случаяхъ упомянутыхъ болѣзней, давали картины въ большинствѣ случаевъ одинаковыя, независимо отъ формы общаго заболѣванія, то и описанія этого воспалительнаго процесса обобщены б. частію въ одну общую группу. Такое пораженіе слюнныхъ железъ описывается подъ разными названіями—«метастатическаго», «вторичнаго», «симптоматическаго», «послѣдовательнаго». Изслѣдованія производились преимущественно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мѣстный воспалительный процессъ былъ ясно выраженъ клинически. Систематическихъ изысканій, касающихся измѣненій слюнныхъ железъ въ отдѣльныхъ формахъ острыхъ инфекціонныхъ болѣзней, встрѣчается немного: имѣются изслѣдованія Hoffmann'а при брюшномъ тифѣ, *Balzer*'а и *Talamon*'а[1]) при дифтеритѣ и *Виноградова*[2]) при сибирской язвѣ (у животныхъ). Патолого-анатомическія описанія другихъ авторовъ относятся къ острому, преимущественно гнойному воспаленію железъ вообще, независимо отъ того, при какой бы острой или хронической болѣзни ни появилось такое осложненіе (Virchow, Weber, Rindfleisch). Въ изложеніи литературы по данному вопросу я долженъ, вмѣстѣ съ гистологическою стороною дѣла, коснуться и взглядовъ авторовъ на механизмъ и патогенезъ заболѣванія слюнныхъ железъ, такъ какъ этотъ пунктъ составляетъ центръ тяжести всѣхъ изслѣдованій и часто тѣсно связанъ съ тѣми или другими описанными измѣненіями.

Еще древніе обращали вниманіе на заболѣваніе слюнныхъ железъ при общихъ тяжелыхъ болѣзняхъ и, исходя изъ теоретическихъ соображеній, различали двѣ формы вторичныхъ паротитовъ—симптоматическую и критическую. Если осложненіе появлялось на высотѣ болѣзни и сопровождалось ожесточеніемъ всѣхъ припадковъ, то это былъ паротитъ симптоматическій, съ дурнымъ предсказаніемъ. Паротиты, возникавшіе въ періодѣ, близкомъ къ концу болѣзни, и въ

---

[1]) Des lésions des glandes salivaires dans la diphtérie. Revue mensuelle de médic. et de chirurgie. 1878. t. II.

[2]) Виноградовъ. Журналъ нормальной и патологич. гистологіи 1874.

началѣ выздоровленія, считались благопріятными, какъ отвлекающее, въ родѣ мушки; это была форма критическая: materia peccans скоплялась въ слюнной железѣ и отвлекалась такимъ образомъ отъ болѣе важныхъ внутреннихъ частей организма. Отсюда возникала боязнь, чтобы припухлость не перешла въ разрѣшеніе, и стараніе довести ее до нагноенія раздражающими средствами. Впрочемъ, строгаго различія между обѣими формами древніе не дѣлали: всякіе паротиты назывались критическими, если они совпадали съ улучшеніемъ основной болѣзни, и симптоматическими—въ противномъ случаѣ.

Наиболѣе раннее обстоятельное описаніе макроскопическихъ измѣненій околоушныхъ железъ при ихъ вторичномъ воспаленіи принадлежитъ *Cruveilhier* [1]) и состоитъ въ слѣдующемъ. Припуханіе области околоушной железы происходитъ частію на счетъ периферическаго отека, частію на счетъ припуханія самой железы; ткань ея на разрѣзѣ мраморнаго вида. Всѣ выводные каналы и Стеноновъ протокъ наполнены гноемъ; каждая железистая долька превращена въ маленькую гнойную кисту, не сообщающуюся съ сосѣдними. Во всѣхъ гнойныхъ паротитахъ существуетъ вмѣстѣ съ нагноеніемъ одновременно и гангрена, что объясняется авторомъ крайне сжатою структурою железы, «дѣлающею неизбѣжнымъ переходъ въ гангрену, когда эта железа служитъ мѣстомъ нагноенія, мало мальски обильнаго». Въ двухъ приведенныхъ имъ случаяхъ (фолликулярный энтеритъ, ракъ печени) припуханіе железы началось или вмѣстѣ съ сильною сухостью полости рта и языка, или сухость появилась не задолго до паротита. Часто Cruveilhier видѣлъ, что воспаленіе ограничивалось только выводными протоками и казалось идущимъ со стороны Стенонова протока къ развѣтвленіямъ, а не обратно. На этомъ основаніи онъ высказалъ мысль, что воспаленіе распространяется по сосѣдству съ слизистой оболочки рта на Стеноновъ протокъ и его развѣтвленія до самыхъ acini, и считалъ подавленіе слюнной секреціи, предшествующее паротитамъ, какъ первое явленіе воспаленія. Такая форма пораженія слюнныхъ протоковъ и послѣдовательно самой железистой паренхимы есть, по его мнѣнію, наиболѣе частая форма вторичнаго гнойнаго воспаленія слюнной железы. Подобную же картину воспаленія видѣлъ *Louis* [2]) съ тою, впрочемъ, разницею, что воспалительныя явленія въ Стеноновомъ протокѣ констатированы имъ не на всемъ протяженіи, а только по близости къ железѣ. *Rochoux* [3]) много разъ находилъ при патолого-анатомическихъ вскрытіяхъ труповъ въ пораженной слюнной железѣ дольки, наполнен-

---

[1]) Cruveilhier. Anatomie pathologique du corps humain. Paris. 1835—1842 Livr. 39. Planche V.
[2]) Gazette des hôpitaux. 1830. Déc.
[3]) Dict. de médicine. 1841.

ныя гноемъ, который вмѣстѣ съ этимъ почти всегда выполнялъ Стеноновъ протокъ и слюнные ходы до самыхъ тончайшихъ развѣтвленій ихъ.

Но рядомъ съ этими немногими указаніями на выводные протоки и железистую паренхиму, какъ на первичную локализацію пораженія железъ, наиболѣе общепринятымъ, до появленія извѣстнаго изслѣдованія Virchow'а, было то воззрѣніе, что при такъ называемыхъ послѣдовательныхъ и метастатическихъ паротитахъ, заболѣваніе локализовано главнымъ образомъ въ клѣтчаткѣ, а сама железа остается болѣе или менѣе нетронутою процессомъ, или поражается послѣдовательно. Основываясь на патолого-анатомическомъ изслѣдованіи 18 случаевъ гнойнаго паротита при разныхъ острыхъ инфекціонныхъ и тяжелыхъ хроническихъ болѣзняхъ, Virchow [1]) показалъ, что при этихъ формахъ воспаленія участіе межуточной ткани въ началѣ процесса невелико, и что первымъ мѣстомъ появленія гноя должно считать просвѣты выводныхъ протоковъ. Постепенный ходъ воспаленія онъ представляетъ въ слѣдующемъ видѣ. 1-й періодъ— гиперемія железы, пропитываніе и припуханіе самого железистаго вещества и межуточной ткани; въ этомъ стадіѣ красныя дольки железы макроскопически рѣзко отличаются отъ окружающей ихъ желтоватой соединительной ткани; затѣмъ накопленіе въ железистыхъ каналахъ и общемъ выводномъ протокѣ катарральнаго секрета, который скоро принимаетъ опредѣленно-гнойное свойство. Въ этомъ второмъ періодѣ на поперечномъ разрѣзѣ железы при давленіи выступаетъ въ центрѣ долекъ, именно изъ выводныхъ протоковъ, гной; вещество железы вокругъ протока блѣдно, а по периферіи долекъ представляетъ еще гиперемическія свойства. Ductus Stenonianus совершенно наполненъ гноемъ; въ стѣнкѣ его миліарные абсцессы. Въ дальнѣйшемъ 3-мъ періодѣ железистые элементы долекъ, помутнѣвшіе и пронизанные капельками жира, приходятъ въ размягченіе и распадаются; tunica propria дольки исчезаетъ, и въ результатѣ остается зернистый детритъ, смѣшивающійся съ гноемъ центральныхъ канальцевъ. Путемъ образованія такихъ маленькихъ абсцессовъ происходитъ размягченіе, таяніе вещества железы. Соединительная ткань или плотно держится еще въ связи между собою, или тоже подвергается въ этомъ періодѣ «гнойному превращенію» путемъ перехода соединительно-тканныхъ фиксированныхъ элементовъ въ гнойныя клѣтки. Въ послѣднемъ случаѣ воспаленіе по окружающей соединительной ткани можетъ быстро распространиться по сосѣдству и принять характеръ диффузно-флегмонознаго, при чемъ железистое вещество большею частію некротизируется. По Virchow'у, такая картина вторичнаго воспаленія слюнныхъ железъ получается всегда

---

[1]) L. c.

одна и та же, независимо отъ основнаго заболѣванія. Относительно происхожденія воспаленія железъ авторъ держится того же мнѣнія, которое высказалъ Cruveilhier. Считая затрудненіе опорожненія слюннаго секрета у тяжелыхъ больныхъ благопріятствующимъ моментомъ для катарра выводныхъ протоковъ железъ, Вирховъ положительно высказывается за возможность перехода катарральнаго пораженія слизистой оболочки полости рта на duct. Stenonianus, въ подтвержденіе чего приводитъ аналогичную зависимость между слизистой оболочкой носа и Евстахіевой трубой, между слизистой оболочкой мочевыхъ путей и предстательной железой и яичкомъ. При всемъ томъ онъ допускаетъ возможность появленія воспаленія и изъ другого источника, именно путемъ выдѣленія въ секретъ железы раздражающаго вещества изъ циркулирующей больной крови; но и въ такихъ случаяхъ онъ считаетъ выводные протоки начальнымъ мѣстомъ воспаленія.

Микроскопическія измѣненія при этомъ же воспалительномъ процессѣ, по *Rindfleisch*'у [1]), состоятъ въ слѣдующемъ. Въ началѣ воспаленія въ железистомъ эпителіѣ существуютъ дегенеративныя измѣненія—значительное набуханіе и уменьшенное сцѣпленіе клѣтокъ между собою; наряду съ этимъ видно и дѣленіе ядеръ, въ особенности въ клѣткахъ полулуній; въ дальнѣйшемъ ходѣ процесса acini содержатъ въ просвѣтѣ много гнойныхъ клѣтокъ вмѣстѣ съ сохранившимся еще эпителіемъ, который позднѣе погибаетъ, и вся долька оказывается совершенно выполненною гноемъ. Слюнные протоки также продуцируютъ гной на своей поверхности, но эпителій ихъ остается долгое время неприкосновеннымъ и погибаетъ позднѣе при полномъ пагноеніи железы. Участіе въ воспаленіи соединительной ткани сказывается отечнымъ опуханіемъ, позднѣе клѣточною инфильтраціею, которая затѣмъ распространяется во всѣ стороны; дѣло заканчивается появленіемъ гноя и въ соединительной ткани. О патогенезѣ Rindfleisch высказывается такъ: «постоянное энергическое участіе въ гнойномъ катаррѣ слюнныхъ протоковъ наводитъ на мысль, что большая часть воспаленій околоушной железы дѣйствительно переносится выводными протоками со стороны полости рта. Только parotitis инфекціонныхъ болѣзней имѣетъ еще право на прямое происхожденіе изъ больной крови, протекающей черезъ железу».

Согласныя съ вышеприведенными указанія на патолого-анатомическія измѣненія околоушной железы при вторичныхъ паротитахъ даетъ *Фогель* [2]). Если железы изслѣдовались отъ начала воспаленія спустя 1—2 дня, то гной былъ находимъ только въ просвѣтѣ Стенонова протока и его корневыхъ вѣтвей; болѣе же мелкіе выводные

[1]) Rindfleisch. Lehrb. d. pathol. Gewebelehre. 1878.
[2]) Циммсенъ. Руков. къ частной патологіи и терапіи, т. VII ч. 1.

каналы были наполнены клейкою, тягучею, сѣроватою жидкостью. Если же воспаленіе существовало болѣе 2-хъ дней, то нагноеніе захватывало мелкіе протоки и самыя железистыя дольки,—послѣднія принимали участіе въ гнойномъ распаденіи всегда отъ центра къ периферіи. Позднѣе подвергалась гнойному разрушенію и соединительная ткань. Фогель, однако, сомнѣвается, чтобы инфекція железъ шла со стороны полости рта.

Описаніе микроскопическихъ измѣненій начальнаго періода воспаленія околоушныхъ железъ, приведенное *Wendt*'омъ [1]) (на основаніи изслѣдованія одного случая двусторонняго паротита при хроническомъ менингитѣ) расходится съ приведенными выше только въ томъ пунктѣ, что начальныя измѣненія представлены у него идущими почти параллельно какъ въ паренхимѣ железы, такъ и въ промежуточной и окружающей железу соединительной ткани: въ послѣдней явленія серозно-клѣточной инфильтраціи съ геморрагіями были выражены очень рѣзко уже въ началѣ воспаленія. Въ остальномъ картина довольно согласна съ описаніями Вирхова и Риндфлейша: въ однихъ участкахъ эпителій отдѣлительной паренхимы оставался еще нетронутымъ, а выводные протоки были уже наполнены массами изъ безцвѣтныхъ тѣлецъ и отслоеннаго эпителія; въ другихъ мѣстахъ железистыя клѣтки найдены въ состояніи припуханія и пролифераціи; въ участкахъ болѣе пострадавшихъ—мутное набуханіе, жировая дегенерація и распаденіе железистыхъ клѣтокъ, а вмѣстѣ съ ними и болѣе нѣжныхъ участковъ соединительной ткани. Относя данный случай къ категоріи «метастатическихъ», Wendt оставляетъ открытымъ вопросъ о томъ, откуда вообще идетъ заболѣваніе.

Orth [2]) въ своемъ руководствѣ высказывается за происхожденіе воспаленія слюнныхъ железъ со стороны выводныхъ протоковъ, но не отрицаетъ возможности и гематогеннаго характера процесса, что, по его мнѣнію, чаще наблюдается въ подчелюстной и подъязычной железахъ. Микроскопической картины послѣдняго онъ, однако, не приводитъ.

Взглядъ на происхожденіе паротитовъ при брюшномъ тифѣ, высказанный Hoffmann'омъ [3]), существенно отличается отъ всѣхъ вышеприведенныхъ. Онъ отнесъ это осложненіе не къ случайнымъ, а стоящимъ всегда въ генетической связи съ тифознымъ процессомъ. По его мнѣнію, появленіе острыхъ, клинически наблюдаемыхъ паротитовъ находится въ прямой зависимости отъ тѣхъ измѣненій, ко-

---

[1]) Wendt. A contribution to the pathological hystology of acute parotitis. New-York. med. Journ. 1880. Sept. Цитир. по Virchow-Hirsch Jahresbericht 1880. II. p. 268.

[2]) Orth. Compendium der patholog.-anatom. Diagnostik. 1888.

[3]) Hoffmann. Untersuchungen etc.

торымъ подверглись железы уже ранѣе въ теченіи тифа. Эти предварительныя измѣненія железъ состоятъ, по Hoffmann'у, главнымъ образомъ въ различной степени перенхиматозной дегенераціи и находятся въ связи преимущественно съ первымъ періодомъ тифознаго заболѣванія, наичаще встрѣчаясь на 2—3-й недѣлѣ тифа. Изъ 70 случаевъ въ 47-ми Hoffmann нашелъ слѣдующія измѣненія. «При началѣ тифознаго заболѣванія железы кажутся жестче, тверже, принимаютъ болѣе или менѣе интенсивный коричнево-желтый видъ, въ началѣ съ болѣе красноватымъ, позднѣе съ преобладаніемъ желтаго оттѣнка, и очень упруги на ощупь. Отдѣльныя участки железъ очень жестки, почти хрящевой консистенціи и хрустятъ при разрѣзѣ». Микроскопически: расширеніе сосудовъ, припуханіе ткани железистыхъ протоковъ, съуженіе ихъ просвѣта, наполненнаго густымъ бѣловатымъ секретомъ, содержащимъ большое количество прозрачныхъ крупно-ядерныхъ клѣтокъ. Железистыя acini густо наполнены очень большими, близко расположенными одна къ другой, сильно зернистыми клѣтками, большею частію многоядерными. Число ядеръ въ клѣткѣ чаще 2, иногда достигаетъ до 5. Въ нѣсколько болѣе позднемъ періодѣ картина измѣняется по мѣрѣ того, какъ начинаетъ появляться въ железистыхъ клѣткахъ большее количество зернышекъ, часть которыхъ оказываются жировыми. Клѣтки тогда мутнѣютъ и теряютъ свои рѣзкіе контуры. Въ железистыхъ ходахъ находится отслоенный эпителій и немного лимфатическихъ тѣлецъ; такія же тѣльца лежатъ разсѣянно и въ межуточной соединительной ткани. Въ еще болѣе позднемъ періодѣ тифа помутнѣніе железистыхъ клѣтокъ усиливается очень рѣзко; контуры исчезаютъ вполнѣ; болѣе объемистыя клѣтки распадаются, другія размножаются дѣленіемъ. Содержимое протоковъ дѣлается жиже, и большое количество распада уносится ими изъ железы; железа постепенно дѣлается краснѣе и мягче, ея твердость и напряженность уменьшаются. Такимъ измѣненіямъ, найденнымъ во всѣхъ трехъ слюнныхъ железахъ, Hoffmann приписываетъ немалое участіе въ сухости рта. По автору, описанныя измѣненія суть обычные спутники тифознаго процесса; они въ большинствѣ случаевъ не являются въ рѣзко выраженной формѣ, чтобы констатировать ихъ при жизни, и обыкновенно изглаживаются вполнѣ. Но въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ заболѣваніе становится интенсивнѣе, дегенеративный процессъ идетъ впередъ, наступаетъ распадъ ткани маленькими гнѣздами, вмѣстѣ съ образованіемъ гноя: получается клиническая картина паротита, который, по Hoffmann'у, «есть ничто иное, какъ значительное усиленіе измѣненій, обычно существующихъ въ этой железѣ, и который находится къ этимъ измѣненіямъ въ такомъ же отношеніи, въ какомъ изъязвленіе и перфорація въ кишкахъ стоитъ къ инфильтраціи фолликулъ и Пейеро-

выхъ бляшекъ». Наибольшая частота пораженія околоушной железы сравнительно съ другими слюнными железами зависитъ, по автору, отъ того, что parotis окружена очень плотною фасціею, «вслѣдствіе чего происходитъ болѣе сильное напряженіе ея и связанныя съ этимъ болѣе жестокія явленія воспаленія».

Результаты изслѣдованія слюнныхъ железъ, произведеннаго Balzer и Talamon'омъ [1]) при дифтеритѣ, показываютъ нѣсколько своеобразный характеръ пораженія, какъ объ этомъ можно судить изъ невполнѣ яснаго описанія авторовъ. Наиболѣе рѣзкія измѣненія обнаружены въ соединительной ткани, и именно въ окружности небольшихъ выводныхъ протоковъ, въ сосѣдствѣ которыхъ лимфатическіе сосуды оказались очень расширенными и набитыми мелкими круглыми клѣтками. Такіе лимфатическіе фокусы «часто переходятъ въ маленькіе абсцессы, иногда распространяющіеся вблизи протоковъ по направленію хода послѣднихъ». Въ сосѣдствѣ этихъ абсцессовъ какъ железистая ткань, такъ и выводные протоки имѣли значительныя воспалительныя измѣненія. Большіе выводные протоки и окружающая ихъ ткань представляли поверхностныя пораженія. Констатируя почти абсолютное постоянство такихъ воспалительныхъ измѣненій на обѣихъ сторонахъ, авторы связываютъ ихъ съ пораженіями, быстро захватывающими при дифтеритѣ всю лимфатическую систему шейной области, въ томъ числѣ и лимфатическіе пути слюнныхъ железъ, но не отрицаютъ и одновременнаго перехода воспаленія со слизистой оболочки рта на железистые каналы, такъ какъ «во многихъ случаяхъ просвѣтъ самыхъ крупныхъ протоковъ былъ наполненъ многочисленными клѣтками».

О работахъ, касающихся происхожденія паротитовъ, какъ осложненій острыхъ инфекціонныхъ болѣзней вообще, и брюшнаго тифа въ частности, и основанныхъ не на патолого-анатомическихъ изслѣдованіяхъ, а на клиническихъ наблюденіяхъ, я упомяну вкратцѣ.

Статистическая работа Fremmert'а [2]) о паротитахъ при всѣхъ видахъ тифа (собрано 66 случаевъ паротита болѣе чѣмъ на 17 тысячъ тифозныхъ больныхъ къ Обуховской больницѣ за три года) привела автора къ тому заключенію, что это осложненіе есть инфекція sui generis, не зависитъ отъ основной болѣзни и имѣетъ патогенезъ общій съ эпидемическою заушницей. Стараясь опровергнуть тѣ особенности, въ силу которыхъ эпидемическій перипаротитъ относятъ въ особой болѣзни, отличной отъ паротитовъ, осложняющихъ различныя инфекціонныя заболѣванія, Fremmert признаетъ излишнимъ это установленное дѣленіе и полагаетъ, что при вторичныхъ гнойныхъ паротитахъ дѣло идетъ о простомъ совпаденіи двухъ инфек-

[1]) l. c.
[2]) Fremmert l. c.

ціонныхъ болѣзней—эпидемической заушницы и напр. брюшнаго тифа. Локализація заболѣванія, по мнѣнію Fremmert'a, существуетъ одновременно какъ въ веществѣ железы, такъ и въ окружающей соединительной ткани, а въ некротическихъ паротитахъ процессъ поражаетъ иногда первично соединительную ткань, окружающую железу. Получить когда либо секретъ изъ отверстія Стенонова протока въ полость рта давленіемъ на опухоль или зондированіемъ автору не удавалось.

Schutzenberger [1]) и *Crocq* [2]), основываясь на своихъ клиническихъ наблюденіяхъ, рѣшительно высказываются за происхожденіе паротитовъ при тяжелыхъ лихорадочныхъ заболѣваніяхъ черезъ ductus Stenonianus со стороны полости рта вслѣдствіе стоматитовъ, вызываемыхъ высыханіемъ рта, раздраженіемъ слизистой оболочки различными налетами, ложными перепонками и т. п. Оба автора всегда получали при этихъ паротитахъ давленіемъ на Стеноновъ протокъ капельки гноя изъ его отверстія. Crocq никогда не встрѣчалъ, чтобы это явленіе отсутствовало: «оно существуетъ какъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ наступаетъ разрѣшеніе, такъ и въ тѣхъ, которые оканчиваются нагноеніемъ»,—обстоятельство, на которомъ особенно настаиваетъ авторъ. Имъ наблюдалось припуханіе и подчелюстной железы такого-же характера, съ появленіемъ гноя въ отверстіи Вартонова протока. Сравнительную рѣдкость пораженія этой железы Crocq объясняетъ тѣмъ, что дно рта и нижняя поверхность языка пощажены катарромъ, въ то время какъ на другихъ участкахъ слизистой оболочки онъ достигаетъ своего maximuma; кромѣ того, языкъ защищаетъ отверстіе Вартонова протока отъ соприкосновенія съ воздухомъ, чего не достаетъ для Стенонова протока.

Mirabel [3]) въ своей диссертаціи, основанной на нѣсколькихъ клиническихъ наблюденіяхъ (4 случая), предлагаетъ принять три разновиности паротитовъ, встрѣчающихся при брюшномъ тифѣ: 1) паротитъ, имѣющій начало въ выводныхъ протокахъ (canaliculaire): форма наиболѣе частая, оканчивается нагноеніемъ, если воспаленіе переходитъ на соединительную лобулярную ткань, но можетъ окончиться и разрѣшеніемъ, если катарръ остается локализованнымъ въ выводныхъ каналахъ; развивается въ теченіи всѣхъ періодовъ тифа, пока въ слизистой оболочкѣ существуетъ раздражающая причина; 2) паротитъ интерстиціальный, піэмическая форма пораженія («метастатическій» паротитъ авторовъ) локализуется въ формѣ абсцессовъ въ интерлобулярной соединительной ткани; acini разрушаются нагноеніемъ «вѣроятно» послѣдовательно; катарра Стенонова протока, «кажется», не существуетъ;

[1]) Gaz. méd. de Strasbourg. 1872. Décembre.

[2]) Crocq. De la parotidite consecutive aux maladies aiguës graves. Journ. de médicine. Bruxelles. 1874. t. 58.

[3]) l. c.

оканчивается фатально вслѣдствіе общей піэміи; 3) паротитъ паренхиматозный (Hoffmann'а), характеризуется измѣненіемъ железистыхъ элементовъ и до извѣстной степени воспалительнымъ состояніемъ межуточной соединительной ткани; существуетъ почти постоянно при брюшномъ тифѣ въ скрытомъ состояніи или in statu nascendi.

Съ тѣхъ поръ какъ при нагноеніяхъ и разныхъ другихъ воспалительныхъ процессахъ участіе микроорганизмовъ было доказано путемъ микроскопическихъ находокъ, культуръ и прививокъ, вниманіе изслѣдователей было обращено и на воспаленіе слюнныхъ железъ при инфекціонныхъ и другихъ тяжелыхъ заболѣваніяхъ, со стороны участія въ этомъ воспаленіи микроорганизмовъ. Въ 1883 г. изъ лабораторіи Eberth'а появилась диссертація *Müller*'а [1]), касающаяся микроскопическаго изслѣдованія одного случая паротита на присутствіе въ околоушной железѣ патогенныхъ микробовъ. У одного душевно-больнаго, имѣвшаго тяжелый энтеритъ и гангренозную лобулярную пневмонію, незадолго до летальнаго исхода была поражена сначала правая околоушная железа, съ перфораціею въ полость рта, и затѣмъ вскорѣ—лѣвая. Разрушеніе железистыхъ долекъ въ лѣвой parotis шло равномѣрно отъ ихъ центра къ периферіи. На микроскопическихъ препаратахъ легко различались кокки, расположенные круглыми скопленіями въ центральныхъ частяхъ долекъ; между дольками такихъ скопленій не замѣчалось. По мнѣнію Müller'а, позднѣе заболѣвшая лѣвая железа была инфицирована гнойнымъ отдѣленіемъ ранѣе пораженной правой железы, именно со стороны полости рта, «ибо еслибы кокки попали въ parotis изъ крови, то было бы необъяснимо, почему ихъ не было между железистыми дольками» и слѣдовательно «допускать общую инфекцію крови для всѣхъ случаевъ паротитовъ нѣтъ надобности».

Подобнаго же взгляда держатся *Bumm*, *Hanau*, *Anton* и *Fütterer*. Въ одномъ случаѣ некротически-гнойнаго паротита (послѣ оваріотоміи) Bumm'у [2]) удалось получить разводку staph. pyog. aur. изъ тканевыхъ массъ пораженной железы и доказать существованіе этого кокка въ полости рта при самомъ началѣ заболѣванія железы, а равно и у оперированныхъ, не имѣвшихъ этого осложненія.

Недавно появившаяся изъ Цюрихскаго патолого-анатомическаго института работа Hanau [3]) представляетъ результаты микроскопическаго изслѣдованія 4-хъ случаевъ пораженія слюнныхъ железъ при различныхъ болѣзняхъ (острый адгезивный перитонитъ вслѣдствіе гнойнаго pyosalpingit'а; общій туберкулозъ; pneumonia cruposa; hernia

---

[1]) H. Müller. Zur Aethiologie der parotitis. Halle. Цит. по Hanau. См. далѣе.

[2]) Bumm. Ueber parotitis nach Owariotomie. Münch. med. Wochenschr. 1887. № 10.

[3]) A. Hanau. Ueber die Entstehung der eitrigen Entzündung der Speicheldrüsen. Beitr. zur pathol. Anatomie u. allg. Pathol. Ziegler u. Nauwerk. 1889.

incarcerata съ прободеніемъ proc. vermiformis). Въ трехъ случаяхъ были поражены околоушныя, въ одномъ—подчелюстныя железы. По Hanau, микроскопическая картина заболѣванія такова. Сильнѣе всего оказываются измѣненными протоки наибольшей величины. Эпителій ихъ совершенно исчезаетъ; стѣнки такъ пропитаны гнойными клѣтками, что нельзя различить ихъ структуры; просвѣтъ протоковъ наполненъ массами гнойныхъ клѣтокъ, среди которыхъ лежатъ большей или меньшей величины кучи кокковъ. Интерлобулярные протоки меньшей величины также расширены и наполнены гноемъ. Соотвѣтственно степени пораженія протоковъ колеблется въ нихъ и количество кокковъ. Слюнные ходы, содержащіе въ просвѣтѣ относительно немного гноя, имѣютъ еще сохранившійся эпителій, но онъ въ высшей степени плоскій; въ другихъ протокахъ «можно было признать частичную потерю эпителія, и именно на тѣхъ мѣстахъ стѣнки, гдѣ непосредственно, или болѣе или менѣе близко, прилегала куча кокковъ». Наимѣнее измѣненными вообще оказывались самые маленькіе интралобулярные протоки и железистыя альвеолы: содержаніе въ ихъ просвѣтѣ гнойныхъ клѣтокъ было невелико, соотвѣтственно чему кокки встрѣчались въ нихъ въ очень скудномъ количествѣ, или ихъ вовсе не было. Но чѣмъ сильнѣе были поражены крупные протоки, тѣмъ замѣтнѣе выступали измѣненія въ ихъ развѣтвленіяхъ до самыхъ конечныхъ пунктовъ—альвелъ железы. Во внутри-дольковыхъ абсцессахъ мѣсто исчезнувшаго протока можно было иногда узнать по кольцевидному расположенію микроорганизмовъ въ центрѣ массы распада. Пока распаденіе дольки не дошло до периферіи, окружающая ее соединительная ткань показывала только умѣренную клѣточную инфильтрацію и иногда геморрагіи. Позднѣе шло размягченіе и соединительной ткани, разграничивающей маленькіе абсцессы, и послѣдніе вступали между собою въ сообщеніе. Кровеносные сосуды не содержали микроорганизмовъ. Что касается вида послѣднихъ, лежавшихъ кучами въ просвѣтахъ протоковъ, то, по Hanau, это были большю частіею стафилоккоки; иногда на краяхъ большихъ кучъ различался и streptococcus. На основаніи извѣстнаго постоянства отношенія между интенсивностью пораженія крупныхъ протоковъ и распространеніемъ процесса на конечныя развѣтвленія ихъ, на основаніи строго лобулярнаго заболѣванія, а также въ силу отсутствія кокковъ въ сосудахъ, Hanau заключаетъ, что въ изслѣдованныхъ имъ случаяхъ «заболѣваніе слюнныхъ железъ было вызвано внѣдрѣніемъ микроорганизмовъ въ слюнные протоки со стороны полости рта и не имѣетъ абсолютно ничего общаго съ метастатическимъ распространеніемъ инымъ путемъ первично локализованнаго яда». Подтверждая это положеніе цѣлымъ рядомъ аналогій и косвенныхъ аргументовъ, Hanau

считаетъ ближайшею причиною вторичныхъ паротитовъ вообще съ одной стороны загрязненіе полости рта и съ другой пріостановку секреціи слюны, «что навѣрное имѣетъ мѣсто у очень многихъ лихорадящихъ». Болѣе частое заболѣваніе parotidis сравнительно съ прочими слюнными железами ставится въ связь съ положеніемъ устья Стенонова протока, болѣе неблагопріятнымъ, чѣмъ отверстія протоковъ другихъ железъ.

Случай тяжелаго брюшнаго тифа со смѣшанной инфекціей, изслѣдованный въ бактеріологическомъ отношеніи Anton'омъ и Fütterer'омъ [1]), представляетъ интересъ въ томъ отношеніи, что источникомъ общаго вторичнаго зараженія здѣсь послужили пораженныя околоушныя желѣзы; кромѣ того, въ тканевомъ сокѣ заболѣвшихъ железъ обнаружено, путемъ разводокъ, присутствіе вмѣстѣ съ гноеродными микробами и тифозныхъ бациллъ. Паротитъ былъ двусторонній, появился на 3-й недѣлѣ болѣзни, и черезъ 6 дней послѣ начала его появленія послѣдовала смерть. Разводки изъ тканеваго сока дали, вмѣстѣ съ характерной культурой bac. typhi, массу staphyl. pyog. aur. и streptococcus pyogenes. Въ мозгу, селезенкѣ, печени, почкахъ были найдены, путемъ изслѣдованія микроскопическихъ срѣзовъ и разводками, гноеродные микроккоки и тифозные бациллы. Только въ мезентераільныхъ железахъ обнаружены однѣ тифозныя палочки безъ гноеродныхъ микробовъ. Микроскопически въ parotis были найдены «большія скопища кокковъ, которые большею частію были расположены кучами и наполняли выводные протоки железъ, но частію лежали разсѣянно и въ перенхимѣ железы». Авторы полагаютъ, что путь общаго зараженія гноеродными кокками шелъ здѣсь не черезъ кишечникъ, а черезъ ductus Stenon. и parotis.

Dunin [2]) высказывается за метастатическое происхожденіе паротитовъ и разсматриваетъ ихъ, подобно другимъ нагноеніямъ при тифѣ, какъ родъ піэміи въ зависимости отъ присутствія въ крови гноеродныхъ микроорганизмовъ, попадающихъ изъ язвъ кишечника въ періодъ отдѣленія струпьевъ. Онъ нашелъ кокковъ подъ микроскопомъ въ крови, взятой при жизни изъ селезенки больного брюшнымъ тифомъ, осложненнымъ воспаленіемъ околоушной железы. Кровь была взята за два дня до вскрытія гнойника железы. Послѣ разрѣза послѣдняго, въ гною, взятомъ для изслѣдованія, оказался и микроскопически и путемъ разводокъ staph. pyog. aureus. Гистологическаго изслѣдованія пораженной железы не произведено.

Приведенный обзоръ литературы по вопросу о вторичномъ заболѣваніи слюнныхъ железъ показываетъ, что хотя полнаго согла-

---

[1]) Münch. med. Wochenschr. 1888, № 19.

[2]) Ueber die Ursache eitriger Entzündungen im Verlaufe des Abdominaltyphus. Deutsch. Arch. f. klin. med. 1886. XXXIX. 3. 4.

сія относительно характера и происхожденія этого осложненія и не существуетъ, все же большинство авторовъ, по крайней мѣрѣ тѣ, которые производили паталого-анатомическія изысканія, уже издавна наиболѣе были склонны придавать осложненію анатомически восходящій характеръ по выводнымъ протокамъ со стороны полости рта и считать его болѣе или менѣе случайнымъ. Позднѣйшія бактеріологическія изслѣдованія подтверждаютъ такое воззрѣніе, отодвигая болѣе въ сторону гематогенное метастатическое происхожденіе пораженія железъ. Что касается зависимости паротитовъ отъ основнаго заболѣванія, то авторы, какъ мы видѣли, указываютъ чаще всего на катарральныя пораженія слизистой оболочки полости рта, на загрязненіе ея и на остановку отдѣленія или выдѣленія слюны, какъ на ближайшіе причинные моменты появленія заболѣванія железъ, въ связи съ общею неустойчивостью противъ всяческихъ вредныхъ вліяній ослабленнаго тяжелою болѣзнію организма. Теорія Hoffmann'а о происхожденіи тифозныхъ паротитовь на почвѣ далеко зашедшихъ паренхиматозныхъ измѣненій слюнныхъ железъ стоитъ особнякомъ.

Предоставляя себѣ разобраться позднѣе въ приведенныхъ этіологическихъ моментахъ этого осложненія, я долженъ предпослать изложенію собственныхъ изслѣдованій нѣсколько общихъ соображеній касательно патолого-анатомическихъ работъ послѣдняго времени въ области брюшнаго тифа. Съ тѣхъ поръ какъ бактеріологическими изысканіями Eberth'а, Koch'а, Meyer'а, Gaffky былъ открытъ специфическій болѣзнетворный агентъ брюшнаго тифа (не вполнѣ, правда, установленный опытами на животныхъ), въ послѣднее десятилѣтіе въ иностранной и нашей литературѣ появились патолого-анатомическія работы относительно измѣненій различныхъ органовъ при брюшномъ тифѣ въ зависимости отъ присутствія въ нихъ тифозныхъ или другихъ болѣзнетворныхъ возбудителей. Были найдены тифозныя бациллы въ крови при жизни больныхъ и въ очень многихъ органахъ тифозныхъ труповъ. Въ другихъ случаяхъ патолого-анатомическія измѣненія при тифѣ были поставлены въ зависимость отъ присутствія иныхъ, не тифозныхъ, патогенныхъ микроорганизмовъ. Наконецъ находимы были различныя измѣненія въ органахъ брюшно-тифозныхъ больныхъ и безъ присутствія in loco какихъ либо патогенныхъ микробовъ. Между прочимъ, изслѣдованія осложненій, ведущихъ къ нагноительнымъ процессамъ при тифѣ, показали зависимость такихъ процессовъ въ большинствѣ случаевъ отъ гноеродныхъ микроорганизмовъ вслѣдствіе общаго или мѣстнаго зараженія; иногда были находимы въ очагахъ нагноеній вмѣстѣ съ микрококками и тифозныя палочки, но имъ не придавали особаго значенія; въ рѣдкихъ случаяхъ, однако, констатированы были въ гною исключительно

однѣ тифозныя бациллы, что вызвало предположеніе о гноеродномъ дѣйствіи послѣднихъ при нѣкоторыхъ мало извѣстныхъ условіяхъ. Многими оспариваемое, предположеніе это повидимому подтверждается и экспериментальнымъ путемъ, какъ показываютъ изслѣдованія Орлова [1]. Чтобы не уклоняться далеко въ сторону, я ограничиваюсь сказаннымъ, не вдаваясь въ перечисленіе работъ, касающихся этіологіи различныхъ патолого-анатомическихъ измѣненій и осложненій при тифѣ; точно также опускаю описаніе внѣшняго вида и свойствъ тифозныхъ бациллъ Eberth—Koch'а, такъ какъ о нихъ имѣется достаточно свѣдѣній изъ многихъ спеціальныхъ работъ.

II.

Задача настоящаго изслѣдованія заключалась въ томъ, чтобы прослѣдить: 1) не существуетъ ли какой-нибудь зависимости между измѣненіями въ слюнныхъ железахъ въ теченіи тифознаго процесса, безъ прижизненныхъ мѣстныхъ явленій въ области этихъ железъ, и появленіемъ острыхъ клинически выраженныхъ паротитовъ, и 2) какимъ путемъ,—тѣмъ ли, какъ и при другихъ болѣзняхъ, т. е. черезъ протоки, или инымъ, метастатическимъ путемъ, черезъ сосуды,—происходитъ при брюшномъ тифѣ зараженіе слюнныхъ железъ,

Матеріаломъ для изслѣдованія послужили 35 слюнныхъ железъ: 17 околоушныхъ и 18 подчелюстныхъ, взятыхъ отъ 16 труповъ тифозныхъ больныхъ, умершихъ отъ брюшнаго тифа въ теченіи зимы и весны 1889—90 года въ различныхъ петербургскихъ больницахъ: Александровской барачной, Обуховской, Клиническомъ военномъ госпиталѣ, Морскомъ Калинкинскомъ и въ Кронштадтскомъ морскомъ госпиталѣ. Такъ какъ прошлогодній зимній сезонъ былъ въ началѣ довольно скуденъ въ отношеніи потребнаго мнѣ матеріала, то приходилось не отказываться и отъ случайныхъ находокъ брюшнаго тифа на вскрытіяхъ, произведенныхъ съ судебно-медицинскою цѣлью. Таковы 3 приводимые ниже случая изъ Обуховской больницы. Для изслѣдованія были избраны железы околоушная и подчелюстная; подъязычная оставлена въ сторонѣ, какъ сходная по строенію съ подчелюстною. Тотчасъ послѣ вскрытія трупа, производившагося обыкновенно черезъ сутки послѣ смерти, parotis и submaxillaris вырѣзывались большею частію цѣликомъ или съ обѣихъ сторонъ, или только съ одной, если въ нихъ не было замѣтныхъ на глазъ измѣненій.

Техническая сторона дѣла въ общихъ чертахъ состояла въ слѣ-

---

[1]) Орловъ. Къ этіологіи нагноеній, осложняющихъ брюшной тифъ. Врачъ. 1890 г., № 4—6.

дующемъ. Железы изслѣдовались отчасти свѣжими, отчасти уплотнялись въ Мюллеровской жидкости и въ алкоголѣ. Уплотненіе въ первой продолжалось не менѣе 2 недѣль, причемъ въ первые дни жидкость мѣнялась ежедневно. Послѣ тщательнаго промыванія въ водѣ, объекты погружались на нѣсколько дней въ 80% спиртъ, и потомъ, тщательно обезвоженные абсолютнымъ алкоголемъ, опускались въ растворъ жидкаго и затѣмъ болѣе густаго целоидина. Алкогольные препараты заливались также въ целоидинъ. Хотя при подобной обработкѣ такія измѣненія, какъ жировое перерожденіе, не могли быть обнаружены, но это неудобство отчасти устранялось тѣмъ, что значительное количество случаевъ изслѣдовалось микрохимическими реакціями въ свѣжемъ состояніи, и сравненіе картины нѣсколькихъ уплотненныхъ препаратовъ со свѣжими позволяло до извѣстной степени судитъ, какія измѣненія должны быть отнесены на счетъ самой обработки; кромѣ того нѣсколько случаевъ было обработано жидкостью Флемминга съ послѣдующимъ затѣмъ уплотненіемъ въ алкоголѣ. За то въ целоидинѣ сохранялось вполнѣ содержимое выводныхъ протоковъ и железистыхъ альвеолъ, и отношеніе тканей другъ къ другу оставалось неизмѣненнымъ. Многочисленные срѣзы приготовлялись изъ различныхъ частей железъ: периферическихъ и центральныхъ. Окраска срѣзовъ производилась большею частію гематоксилиномъ съ эозиномъ; иногда употреблялся сафранинъ и квасцовый карминъ. Для справокъ о нѣкоторыхъ подробностяхъ обработки препаратовъ и приготовленія красящихъ растворовъ служили руководства Никифорова [1]), Фридлендера [2]) и Кульчицкаго [3]). На присутствіе микроорганизмовъ срѣзы окрашивались по способу Gaffky [4]) и Кюнэ [5]). Для этой цѣли употреблялась преимущественно метиленовая синька, а при двойной окраскѣ фонъ окрашивался растворомъ сафранина въ анилинѣ.

При описаніи результатовъ изслѣдованія всѣ случаѣ раздѣлены на двѣ группы. Къ первой отнесены тѣ, въ которыхъ измѣненія въ железахъ выражены болѣе или менѣе равномѣрно, безъ рѣзкаго преобладающаго характера для какой-нибудь одной ткани; измѣненія касаются разныхъ отдѣловъ железы. Во вторую группу вошли описанія измѣненій, наиболѣе выраженныхъ въ выводныхъ протокахъ железъ, частію въ зависимости отъ внѣдрѣнія въ ихъ просвѣтъ патогенныхъ микроорганизмовъ, частію въ зависимости отъ другихъ

---

1) Никифоровъ. Микроскопическая техника. 1888.

2) Фридлендеръ. Микроскопическая техника. 1886.

3) Кульчицкій. Основы практической гистологіи. 1889.

4) Къ этіологіи брюшнаго тифа. Еженедѣльная клиническая газета. 1884. Переводъ Пастора.

5) H. Kühne. Краткое руководство для изслѣдованія бактерій въ животныхъ тканяхъ. 1889. Кіевъ. Перев.

моментовъ. Описанія измѣненій, очень сходныхъ для двухъ или нѣсколькихъ случаевъ одной и той же группы, соединены, во избѣжаніе повтореній, въ одно. Исторіи болѣзней приводятся въ сокращенномъ изложеніи. Точно также въ сжатомъ видѣ иногда излагаются и протоколы вскрытій.

Первая группа.

1. Осипъ Калишекъ, 22-хъ лѣтъ, молодой солдатъ. Поступилъ въ Клиническій военный госпиталь 27-го декабря 1889 г., умеръ 6-го января 1890 г. Клиническій діагнозъ: ileo-typhus.

Больной поступилъ въ госпиталь на 2-й день болѣзни. Жалобы на головную боль и сухой кашель. Stat. praes. Хорошаго тѣлосложенія. Въ легкихъ, особенно въ правомъ, свисты и хрипы. Органы живота не прощупываются. Кишечникъ въ порядкѣ. Пульсъ 90; ясные тоны сердца. Дых. 32. t° 39,7—40,1. Теченіе болѣзни: 29—30/xii. Больной апатиченъ, ни на что не жалуется; на вопросы отвѣчаетъ правильно. Пульсъ средней силы; тоны сердца нѣсколько слабоваты. Языкъ обложенъ, сухъ. Животъ вздутъ; въ области fossae il. gargouillement. Прощупываются печень и селезенка. Въ правомъ легкомъ явленія бронхита; t° 39,7—40,3. 31/xii. Краснота въ зѣвѣ. Животъ вздутъ. Поносъ. Пульсъ средней силы, 100; дых. 26; глуховатые тоны сердца. 1—4/i. Головная боль и боль въ груди. Въ боковой и задней части груди справа крепитація и притупленіе звука; слизисто-гнойная мокрота. По ночамъ бредитъ, вскакиваетъ съ постели; становится болѣе апатичнымъ, на вопросы отвѣчаетъ съ трудомъ. Нечастыя жидкія испражненія; gargouillement. На животѣ нѣсколько розеолъ. Пульсъ 110—120. 5/i. Въ легкихъ много крепитирующихъ хриповъ. Дых. 30. Пульсъ 120. 6/i. Сухой языкъ. Въ легкихъ влажные хрипы и свисты; очень сильная одышка; дых. 50. Слабый пульсъ; ціанозъ лица и конечностей. Смерть.

Вскрытіе: Мягкая мозговая оболочка мутна, отечна, отдѣляется отъ поверхности полушарій легко. Въ боковыхъ желудочкахъ содержится увеличенное количество серозной жидкости. Въ полости околосердечнаго мѣшка немного сывороточной жидкости. Сердце на периферіи съ значительнымъ отложеніемъ жира; желудочки его растянуты, стѣнки утончены. Правое легкое слабо срощено при верхушкѣ съ грудною клѣткой; въ верхушкѣ его разбросаны геморрагическіе узлы, окруженные гепатизированными островками бураго цвѣта. Остальная часть легкаго гиперемирована, проходима для воздуха. Печень увеличена въ объемѣ, равномѣрно сѣровато-бураго цвѣта, рыхла. Селезенка увеличена вдвое; пульпа ея рыхла, легко выскабливается. Въ ileum, начиная отъ Баугиніевой заслонки, разсѣяны увеличенныя въ объемѣ Пейеровы бляшки и солитарныя железы; многія изъ нихъ изъязвлены и гиперемированы. Въ остальной части кишечнаго канала слизистая оболочка гладка, съ венознымъ застоемъ. Капсула по-

чекъ снимается легко; вещество ихъ рыхло и блѣдно. Epicrisis: ileotyphus начала 3 недѣли; pneumon. acuta dextra.

Для изслѣдованія взяты обѣ околоушныя железы и одна подчелюстная съ правой стороны. Всѣ железы видимыхъ измѣненій не представляли.

Микроскопическое изслѣдованіе. Parotis dextra. Железистый эпителій мутноватъ, умѣренно и равномѣрно зернистъ, расположенъ правильно; контуры отдѣльныхъ клѣтокъ различаются; ядра эпителія лежатъ ближе къ периферіи альвеолъ; центральный просвѣтъ послѣднихъ чаще незамѣтенъ. Выводные протоки б. частію спались, частію въ просвѣтѣ ихъ немного мелкозернистаго неокрашивающагося содержимаго; эпителій правильной цилиндрической формы, мутноватъ, зернистъ, повсюду прилежитъ къ membrana propria. Послѣ дѣйствія уксусной кислоты клѣточныя ядра выступаютъ немного яснѣе. Осміева кислота не показываетъ присутствія жировыхъ зернышекъ въ протоплазмѣ клѣтокъ. Кой-гдѣ въ просвѣтѣ протоковъ, а также и среди ихъ эпителія, встрѣчается нѣсколько мелкихъ круглыхъ клѣтокъ. Но есть группы такихъ протоковъ, которые очень растянуты, съ уплощеннымъ эпителіемъ и густо набиты круглыми клѣтками съ ядрами разной формы. По периферіи такихъ протоковъ соединительная ткань довольно рѣзко инфильтрована мелкоклѣточными элементами, расположенными и въ окружности сосѣднихъ сосудовъ, которые иногда расширены, но содержатъ относительно немного лейкоцитовъ. Такая же инфильтрація мелкими круглыми клѣтками очень рѣдко встрѣчается и въ отдаленіи отъ протоковъ, среди широкихъ межуточныхъ соединительно-тканныхъ цуговъ и идетъ по периферіи венъ средняго калибра въ болѣе мелкіе соединительно-тканные промежутки. Сосуды не представляютъ замѣтныхъ измѣненій.

Въ parotis sin. такія же нерѣзкія измѣненія паренхимы железы; здѣсь на срѣзахъ встрѣчаются лимфатическія железки, включенныя въ вещество слюнной железы; отъ ихъ перигляндулярной ткани идетъ въ железу мелкоклѣточная инфильтрація по тонкимъ соединительнотканнымъ перемычкамъ; въ болѣе широкихъ цугахъ ткани такое скопленіе мелкихъ круглыхъ клѣтокъ выражено иногда значительно.

Submax. d. Альвеолы немного увеличены. Контуры альвеолярнаго эпителія различимы. Иногда видѣнъ и просвѣтъ альвеолъ. Расположеніе эпителія довольно правильное; зернистыя ядра его лежатъ ближе къ периферіи. Протоплазма мутновата; осміева кислота жировой зернистости не обнаруживаетъ. Слизистыя клѣтки не представляютъ ничего особеннаго; граница между ними и полулуніями б. частію рѣзка; ширина полулуній различная; въ широкихъ изъ нихъ переходъ къ слизистымъ клѣткамъ не особенно рѣзокъ. Ка-

нихъ либо измѣненій въ протокахъ не замѣчается. Въ широкихъ соединительно-тканныхъ промежуткахъ разсѣяно умѣренное количество крупныхъ лимфоидныхъ клѣтокъ съ относительно большими ядрами. Средняго калибра вены иногда немного растянуты; по периферіи ихъ соединительная ткань, правда очень рѣдко, инфильтрована на небольшомъ протяженіи мелкими круглыми клѣтками; часто такая инфильтрація, идущая обыкновенно по сосѣдству съ протоками, можетъ быть прослѣжена до очень узкихъ межуточныхъ пространствъ.

При окраскѣ метиленовою синькой обнаружено присутствіе хорошо окрашенныхъ, неправильной формы, величиною съ лимфоидную клѣтку, одиночно разбросанныхъ клѣточныхъ образованій, съ мелкою равномѣрною зернистостью и съ просвѣчивающимъ круглымъ или овальнымъ ядромъ. Повидимому, это клѣтки съ такъ называемою базофильною зернистостью. Расположены онѣ среди волоконъ соединительной ткани, въ мѣстахъ упомянутыхъ инфильтраціи и въ лимфатическихъ железкахъ.

2. Злата Иппъ, 13 лѣтъ, мѣщанка, швея. Поступила въ Обуховскую больницу 23-го октября, умерла 31-го октября 1889 г. Клиническій діагнозъ: ileo-typhus.

Поступила въ больницу на 2-й недѣлѣ болѣзни. Первыя явленія: общая слабость, ознобъ, рвота. Stat. praes: средняго тѣлосложенія и питанія. Сухой обложенный языкъ. Животъ немного вздутъ, болѣзненъ въ ileo-coecal'ной области. Селезенка прощупывается, болѣзненна. Стулъ жидкій 2—3 раза въ день. T° 38,9—39,1. Теченіе болѣзни съ 24 по 28/x: головная боль, головокруженіе, плохой сонъ, сухость во рту и сильная жажда; жидкій стулъ. T° въ предѣлахъ 39,2—39,7. 28 и 29/x прогрессирующая общая слабость; частый и жидкій стулъ; не вполнѣ ясное сознаніе. Небольшой кашель; въ легкихъ влажные хрипы. Большая селезенка. 30/x. Тихій бредъ; омраченное сознаніе. Потрескавшіяся губы и сухой языкъ. Глухіе тоны сердца и слабый пульсъ. Конечности холодноваты. 31/x. Смерть.

Вскрытіе. Трупъ хорошаго тѣлосложенія и питанія. Мягкая мозговая оболочка и головной мозгъ гиперемированы. Мускулатура сердца мутна и дрябла. Легкія проходимы. На pleura капиллярные экстравазаты; печень нормальной величины. Селезенка увеличена, разрыхлена, темно-краснаго цвѣта. Почки гладки, мягки; капсула снимается легко. Внизу ilei, на протяженіи около 5 футовъ, mucosa гиперемирована. Солитарныя и Пейеровы железы увеличены, выдаются на поверхности, мозговидны, розоваго цвѣта; послѣднія покрыты язвами съ чистымъ дномъ. Брыжжеечныя железы увеличены до грецкаго орѣха, размягчены и на разрѣзѣ представляютъ полости съ сѣроватою жидкостью и кусками некротизированной железистой ткани. На epiglottis по правому краю продольная неглубокая язва, около 1 см. длиною, съ гладкими гипере-

мированными краями. *Diagn. anatomica.* Typhus abdominalis. Ulcera epiglottidis.

Взяты слюнныя железы съ лѣвой стороны.

Микроскопическое изслѣдованіе. Parotis sin. Альвеолы немного увеличены. Границы между ними б. частію ясны, точно также какъ и границы между отдѣльными клѣтками альвеолъ. Протоплазма чрезвычайно равномѣрно нѣжно-зерниста, мутновата; при дѣйствіи уксусной кислоты ядра выступаютъ яснѣе. Расположеніе клѣтокъ въ альвеолахъ то правильное, съ поясомъ ядеръ, лежащихъ ближе къ периферіи, то ядра лежатъ въ центрѣ и периферіи альвеолъ; количество эпителіальныхъ элементовъ тогда увеличено: вмѣстѣ съ обыкновенными, лежатъ клѣтки меньшей величины, иногда двуядерныя; въ этихъ случаяхъ, вслѣдствіе очень близкаго прилеганія альвеолъ одна къ другой, контуры ихъ уже менѣе ясны. Большіе протоки находятся чаще въ состояніи спаденія ихъ стѣнокъ; просвѣтъ болѣе мелкихъ содержитъ небольшое количество гомогенной, блѣдно окрашенной эозиномъ, иногда мелкозернистой массы. Клѣтки эпителія выводныхъ протоковъ правильной цилиндрической формы, мутноваты; нерѣдко между ними и у ихъ основанія встрѣчаются небольшія количества лейкоцитовъ; по мѣстамъ замѣтна пролиферація эпителія протоковъ; иногда эпителій частично отслоенъ отъ основанія. Опоясывающіе такіе протоки капилляры расширены и наполнены красными кровяными шариками. Проходящія около выводныхъ протоковъ вены средняго калибра также растянуты и наполнены почти только одними красными кровяными шариками, среди которыхъ нѣкоторые измѣнены и кажутся зернышками зеленоватаго или коричневаго просвѣчивающаго пигмента. Въ широкихъ соединительно-тканныхъ цугахъ порядочно круглыхъ или овальныхъ лимфоидныхъ клѣтокъ; встрѣчаются иногда среди широкихъ петель ея небольшія геморрагіи. Включенныя въ вещество железы лимфатическія железки отдѣлены отъ окружающей ихъ железистой ткани широкимъ соединительно-тканнымъ кольцомъ, совершенно свободнымъ отъ мелкоклѣточной инфильтраціи.

Submaxill. sin. Протоплазма эпителія альвеолъ и выводныхъ протоковъ мутновата, иногда неравномѣвно распредѣлена по клѣткѣ, болѣе зерниста, чѣмъ въ parotis. Замѣтна пролиферація эпителія. Клѣтки слизистыхъ альвеолъ не представляютъ измѣненій. Полулунія широки. Протоки и сосуды въ такомъ же состояніи какъ и въ parotis.

3. Дмитрій Гороховъ, 19 лѣтъ, крестьянинъ. Прибылъ въ Кронштадтскій Морской госпиталь 22-го октября, умеръ 13-го ноября 1889 г. Клиническій діагнозъ: typhus abdominalis.

Болѣлъ до поступленія въ госпиталь съ недѣлю: общая слабость, го-

ловная боль, жидкій стулъ 2 раза въ сутки. Животъ не вздутъ. Тоны сердца чисты. Пульсъ 80. Немного сухихъ хриповъ въ легкихъ. Большая болѣзненная селезенка. Съ 27/x констатируется улучшеніе. Но съ 3/xi, больному хуже. Селезенка увеличилась болѣе. Слабость. Стулъ 1 разъ въ сутки. 13/xi. Очень слабый пульсъ; урчаніе въ животѣ; въ испражненіяхъ появилось небольшое количество крови Въ этотъ же вечеръ три обильныхъ испражненія почти чистой кровью. Больной безъ пульса, но въ сознаніи. Въ 10 часовъ смерть.

Вскрытіе. Рѣзкая блѣдность общихъ покрововъ и всѣхъ слизистыхъ оболочекъ. Въ полостяхъ сердца жидкая кровь со скудными сгустками. Мышцы сердца плотны, блестящи, блѣдно-краснаго цвѣта. Легкія плотно прирощены къ грудной стѣнкѣ, всюду проходимы. Въ полости живота около 1 унціи мутной сукровичной жидкости. Селезенка увеличена; ткань ея плотна, вишнево-краснаго цвѣта. Ткань печени буро-глинистаго цвѣта, малокровна. Корковый слой почекъ утолщенъ, плотенъ, блѣдно-краснаго цвѣта. Въ подвздошной кишкѣ на протяженіи аршина Пейеровы железы изъязвлены, частію покрыты грязно-желтыми струпьями, большею же частію очистились; нѣкоторыя язвы проникаютъ до серознаго слоя кишки; рядомъ съ язвами мозговидное набуханіе и поверхостное изъязвленіе нѣсколькихъ солитарныхъ железъ. Въ просвѣтѣ подвздошной и толстыхъ кишекъ много жидкой крови и небольшихъ рыхлыхъ кровяныхъ сгустковъ. Одна изъ язвъ подвздошной кишки съ сильно истонченымъ дномъ и геморрагически пропитаннымъ набухшимъ краемъ служила повидимому источникомъ кишечнаго кровотеченія. Брыжжеечныя железы мозговидно набухли, увеличены до миндалины. *Анатомическій діагнозъ*: брюшной тифъ въ началѣ 4-й недѣли (рецидивъ).

Микроскопическое изслѣдованіе. Submaxill. dextra et sinistra [1]). Очертанія альвеолъ неясны. Контуры альвеолярнаго эпителія б. частію различимы; протоплазма клѣтокъ мутна, иногда распредѣлена неравномѣрно. Клѣточныя ядра окрашиваются съ очень неодинаковою интенсивностью. Альвеолы кажутся густо набитыми эпителіальными элементами неодинаковой величины, находящимися повидимому въ состояніи пролифераціи, и тѣсно прилегаютъ одна къ другой. Слизистыхъ альвеолъ вообще мало; онѣ невелики, прозрачны; неширокія полулунія рѣдки. Выводные протоки нерасширены, съ свободнымъ просвѣтомъ. Цилиндрическій эпителій по мѣстамъ частично приподнятъ отъ основанія, между его клѣтками встрѣчаются лейкоциты. Сколько нибудь выраженной пролифераціи цилиндрическаго эпителія не наблюдается. Артеріи относительно пусты; стѣнки ихъ иногда въ состояніи спаденія. Крупныя и мелкія вены или умѣренно наполнены кровью, или слегка расширены; въ просвѣтѣ ихъ порядочно бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ. Ядра эндотелія

---

[1]) По обстоятельствамъ, отъ меня независѣвшимъ, околоушныя железы этого случая, а равно и слѣдующаго 4-го, не могли быть получены для изслѣдованія.

мелкихъ сосудовъ немного утолщены. Болѣе выраженныя гнѣздныя инфильтраціи соединительной ткани мелкими круглыми клѣтками встрѣчаются крайне рѣдко и ограничиваются ближайшею периферіею сосудовъ. Нѣсколько чаще замѣтно умѣренное, въ 2—3 ряда, скопленіе лейкоцитовъ вдоль мелкихъ слегка расширенныхъ сосудовъ, пробѣгающихъ въ близкомъ сосѣдствѣ съ выводными протоками.

4. Аѳанасій Матвѣевъ, 22 лѣтъ, крестьянинъ. Прибылъ въ Кронштадтскій госпиталь 29-го октября, умеръ 8-го ноября 1889 г. Клиническій діагнозъ: typhus abdominalis.

При началѣ поступленія въ госпиталь нотировано: сухость языка, увеличеніе селезенки, вздутіе живота и распространенный бронхитъ; слабоватый пульсъ 100, чистые тоны сердца. Общая слабость, разбитость и потеря аппетита. Жидкія нечастыя испражненія. Въ дальнѣйшемъ теченіи рѣзкая апатія, по временамъ сильный бредъ. Смерть при наростающемъ упадкѣ сердечной силы.

Вскрытіе. Исхудалое тѣло. Ткань мозга гиперемирована. Въ боковыхъ желудочкахъ его до 2-хъ драхмъ свѣтлой серозной жидкости. Въ полости сердца темная жидкая кровь съ очень скудными рыхлыми темно-красными сгустками. Мышцы сердца нѣсколько дряблы. Въ нижней долѣ лѣваго легкаго свѣжее красное опеченѣніе, величиною съ гусиное яйцо; въ нижней долѣ праваго такое же почти на протяженіи всего задняго отдѣла. Капсула селезенки утолщена, ткань плотна, на разрѣзѣ гладка. Ткань печени плотна, центръ долекъ темно-красный, въ окружности свѣтло-бурый. Корковый слой почекъ плотенъ, сѣро-краснаго цвѣта. Въ подвздошной кишкѣ, на длину болѣе 2-хъ аршинъ отъ Баугиньевой заслонки, значительное мозговидное набуханіе всѣхъ одиночныхъ и Пейеровыхъ железъ и геморрагическое пропитываніе какъ ихъ, такъ и ближайшей окружности; на нѣкоторыхъ бляшкахъ очень поверхностныя рыхлыя желтыя струпья. Во всей слѣпой кишкѣ подобное же измѣненіе солитарныхъ железъ. Брыжжеечныя железы увеличены, сочны, мозговидны. *Анатомическій діагнозъ.* Гиперемія мозга и острый отекъ его. Гипостатическая пневмонія. Геморрагическаго характера тифозное пораженіе подвздошной и слѣпой кишки. Ileo-colo-typhus въ началѣ 2-й недѣли.

Микроскопическое изслѣдованіе. Submaxill. dextra et sinistra. Альвеолы увеличены, очертанія ихъ довольно ясны. Эпителій слегка мутенъ, равномѣрно нѣжно-зернистъ, неодинаковой величины и формы, часто густо набитъ въ альвеолахъ, отчего контуры послѣднихъ иногда неразличимы. Интенсивность окраски ядеръ различна. Центральный просвѣтъ видѣнъ только въ слизистыхъ альвеолахъ. Послѣднія объемисты, встрѣчаются въ большомъ количествѣ, съ широкими полулуніями, также довольно густо набитыми эпителіальными клѣтками. Выводные протоки значительно расширены, просвѣтъ ихъ выполненъ гомогенною массою. Нерѣдко цилиндрическій эпителій частично приподнятъ отъ основанія, и между имъ

и membrana propria образованы пустоты или полости иногда съ мелкозернистымъ неокрашивающимся содержимымъ. Среди эпителія видны и лейкоциты. Въ нѣкоторыхъ протокахъ замѣтна умѣренная пролиферація эпителіальныхъ клѣтокъ. Сосуды, преимущественно вены, очень расширены и наполнены красными кровяными шариками съ небольшою примѣсью бѣлыхъ; измѣненій въ эндотеліѣ сосудовъ незамѣтно. Соединительная ткань равномѣрно диффузно пронизана лимфатическими мелкими и крупными клѣтками; мѣстами волокна ея раздвинуты экстравазатами изъ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ. Болѣе обильныя и гнѣздныя скопленія лейкоцитовъ преимущественно около расширенныхъ сосудовъ; такія инфильтраціи, начинаясь съ самой стѣнки сосуда, опоясываютъ его на болѣе или менѣе значительномъ протяженіи и идутъ иногда полосами въ стороны по ходу капилляровъ; рѣже сказанныя скопленія окружаютъ выводные протоки.

5. Татьяна Степанова, 6 лѣтъ, крестьянская дочь. Случай судебно-медицинскій. Вскрытіе при Обуховской больницѣ 3-го декабря 1889 года.

По собраннымъ отъ родителей свѣдѣніямъ, оказалось, что дѣвочка заболѣла 1½ недѣли назадъ болью головы и живота; но все время переносила болѣзнь на ногахъ, при чемъ очень часто пила холодную воду, жалуясь на сильную жажду. Умерла внезапно вечеромъ 2-го декабря 1889 года.

Вскрытіе. Pia головнаго мозга вдоль сосудовъ покрыта гноевидною жидкостью, сильно гиперемирована, снимается съ трудомъ; ткань мозга тоже гиперемирована. Въ нижнихъ доляхъ обоихъ легкихъ разсѣяны узлы красной гепатизаціи величиною съ лѣсной орѣхъ. Печень слегка увеличена, дольки ея различаются съ трудомъ. Селезенка увеличена, плотна, капсула напряжена. Почки слегка гиперемированы, корковый слой набухъ, бѣловатаго цвѣта. Въ тонкихъ кишкахъ по всему протяженію, начиная отъ duodenum, рѣзкое увеличеніе фолликулярныхъ железъ, которое постепенно усиливается къ Баугиніевой заслонкѣ, гдѣ слизистая оболочка представляется какъ бы усѣянною крупными зернами проса. Начиная отъ jejunum книзу замѣчается 32 увеличенныхъ набухшихъ Пейеровыхъ бляшки, рѣзко выступающихъ на поверхности тонкихъ кишекъ. Слизистая оболочка толстыхъ усѣяна увеличенными фолликулярными железами. Брыжжеечныя железы рѣзко увеличены, набухли, мозговидны. Подчелюстныя лимфатическія железы правой половины увеличены и гиперемированы. *Анатомическій діагнозъ.* Typhus abdominalis (2-я недѣля). Meningitis cerebri acuta purulenta. Degeneratio parenchimatosa hepatis et renum. Hyperplasia gl. submaxill. lymphat. dextr.

Взяты для изслѣдованія обѣ околоушныя железы; правая казалась нѣсколько большею и богаче кровью, чѣмъ лѣвая; лѣвая на разрѣзѣ блѣдна, съ розоватыми участками.

Микроскопическое изслѣдованіе. Parotis sin. Зернистость альвеолярнаго эпителія выражена очень сильно; клѣточныя ядра различаются неясно. Границы между отдѣльными клѣтками неразличимы; уксусная кислота мало проясняетъ,—только очертанія альвеолъ выступаютъ явственнѣе. На окрашенныхъ препаратахъ альвеолы отчетливо контурированы; содержимое многихъ изъ нихъ выпало. Очертанія отдѣльныхъ клѣтокъ не различаются; клѣточныя ядра расположены довольно правильно, ближе къ периферіи альвеолъ. Протоплазма представляетъ клочковато-зернистый видъ; очень часто разрѣжена въ высшей степени, иногда до полнаго исчезновенія ея, собрана ближе къ ядрамъ у периферіи альвеолъ. Просвѣтъ выводныхъ каналовъ б. частію свободенъ, или содержитъ немного зернистой неокрашивающейся массы. Эпителій сохраняетъ цилиндрическую форму, за исключеніемъ одной небольшой группы протоковъ, гдѣ онъ крайне уплощенъ, при чемъ эти протоки растянуты упомянутою мелкозернистою массою. Нѣкоторые изъ малыхъ протоковъ окружены поясомъ мелкоклѣточной инфильтраціи; въ такихъ случаяхъ среди эпителія и въ просвѣтѣ протоковъ встрѣчается болѣе или менѣе значительное число круглыхъ клѣтокъ, которыя изрѣдка частично приподнимаютъ цилиндрическій эпителій отъ его основанія. Нѣсколько протоковъ б. крупнаго калибра имѣютъ въ ближайшемъ сосѣдствѣ съ ними въ соединительной ткани крайне рѣзкую круглоклѣточную инфильтрацію, которая отъ ближайшихъ мелкихъ сосудовъ надвигается къ периферіи протока. Стѣнки иныхъ сосудовъ также инфильтрованы этими элементами. Въ соединительнотканныхъ цугахъ, не содержащихъ протоковъ и сосудовъ, между волокнами встрѣчается немного веретенообразныхъ клѣтокъ; круглыя же и овальныя въ большемъ количествѣ находятся по периферіи упомянутыхъ мелкоклѣточныхъ инфильтрацій, опоясывающихъ сосуды и протоки.

Parotis dextra. Очертанія альвеолъ ясны; протоплазма альвеолярнаго эпителія крайне неравномѣрно зерниста и мутна, разрѣжена полосами; границъ между отдѣльными клѣтками почти нѣтъ. Просвѣтъ протоковъ б. частію свободенъ. Стѣнки многихъ изъ нихъ въ полуспавшемся состояніи. Цилиндрическій эпителій мутенъ, по направленію къ просвѣту по мѣстамъ представляетъ признаки распаденія. Среди эпителія немного блуждающихъ клѣтокъ. Рѣдко встрѣчаются системы растянутыхъ протоковъ съ очень уплощеннымъ эпителіемъ и значительнымъ числомъ круглыхъ клѣтокъ въ просвѣтѣ. Въ соединительно-тканныхъ перекладинахъ между волокнами умѣренное количество веретенообразныхъ клѣтокъ; но по мѣстамъ гнѣздами попадается необычно рѣзкая инфильтрація соединительной ткани лейкоцитами, на значительномъ протяженіи окру-

жающая умѣренно расширенныя вены и распространяющаяся къ периферіи сосѣднихъ выводныхъ протоковъ. Въ такихъ случаяхъ въ просвѣтѣ послѣднихъ, а также среди эпителія ихъ, видны въ небольшомъ количествѣ круглыя клѣтки. Иногда между эпителіальными клѣтками выводныхъ протоковъ встрѣчаются, вмѣсто круглыхъ клѣтокъ, свѣтлыя пустоты, соотвѣтствующія по объему 2—3 круглымъ клѣткамъ; такія же пустоты нѣсколько большей величины находятся и у основанія частично приподнятаго эпителія.

6. Николай Тимофѣевъ, 17 лѣтъ, крестьянинъ. Случай судебно-медицинскій. Вскрытіе въ Обуховской больницѣ 26-го января 1890 г.

Въ 10 ч. вечера 24-го января больной былъ доставленъ въ Обуховскую больницу съ порѣзанною раною груди, нанесенною въ ссорѣ. Смерть черезъ 45 минутъ по принятіи въ больницу.

Вскрытіе. Покровы тѣла анемичны; среднее сложеніе и питаніе. Головной мозгъ и его оболочки малокровны. На лѣвой сторонѣ груди, въ области 5—6 межреберныхъ промежутковъ, рѣзаная рана, проникающая въ грудную полость. Въ полости лѣвой плевры порядочное количество жидкой крови. Оба легкія сильно малокровны и слегка отечны. Въ полости pericardii свернувшаяся кровь. Въ самой околосердечной сумкѣ круглой формы отверстіе, доходящее до мышцы праваго желудочка сердца и проникающее всю толщу праваго желудочка. Селезенка немного увеличена, вишнево-краснаго цвѣта; пульпа мягка. Почки немного увеличены; капсула снимается легко; корковый слой набухъ. Брыжжеечныя железы рѣзко увеличены, мозговидно перерождены. По всему протяженію тонкихъ кишекъ разсѣяны увеличенныя фолликулярныя железы, съ рѣзко набухшими Пейеровыми бляшками, особенно рѣзко выраженными внизу ilei. Лимфатическія подчелюстныя железы увеличены, гиперемированы. *Epicrisis*: vulnus punctum ventr. d. cordis. Hyperplasia lienis. Typhus abdominalis.

Для изслѣдованія оставлены железы съ правой стороны. Parotis d. немного увеличена въ объемѣ, на разрѣзѣ малокровна, совершенно бѣлаго цвѣта, за исключеніемъ небольшаго розоватаго съ красными точками центральнаго участка. Submaxill. безъ измѣненій. Нѣкоторыя изъ припухшихъ подчелюстныхъ лимфатическихъ железъ на разрѣзѣ представляютъ размягченія.

Микроскопическое изслѣдованіе. Parotis d. Границы альвеолъ ясны. Альвеолярный эпителій немного мутенъ, проясняется при дѣйствіи уксусной кислоты, при чемъ въ протоплазмѣ и ядрахъ выступаетъ мелкая равномѣрная зернистость, не измѣняющаяся отъ обработки смѣсью спирта и эфира. На окрашенныхъ препаратахъ контуры клѣтокъ различаются, но невполнѣ отчетливо. Альвеолы вообще немного увеличены; центральный просвѣтъ ихъ удается видѣть только изрѣдка. Клѣточныя ядра довольно крупны, содержатъ темно-окрашенныя зер-

нышки; протоплазма равномѣрно мелко-зерниста. Стѣнки большихъ выводныхъ протоковъ спались; болѣе мелкіе сохраняютъ просвѣтъ, содержащій немного зернистой, окрашивающейся эозиномъ массы. Контуры цилиндрическаго эпителія различимы. Очень часто въ большихъ протокахъ онъ лежитъ въ два слоя; клѣтки слоя, прилегающаго къ основанію, не имѣютъ правильной цилиндрической формы. Среди эпителія и въ просвѣтѣ протоковъ видно немного лейкоцитовъ. Вены умѣренно расширены; въ ихъ просвѣтѣ, вмѣстѣ съ красными кровяными шариками, немного мелкихъ бѣлыхъ съ круглыми и полиморфными ядрами. Артеріи относительно пусты. Около протоковъ замѣчаются гнѣздныя скопленія лейкоцитовъ, чаще съ одной стороны протока; эти скопленія—неправильной формы, иногда въ видѣ клина, и наполняютъ, повидимому, расширенныя лимфатическія сосуды и лимфатическія пространства; такія гнѣзда встрѣчаются и около кровеносныхъ сосудовъ, но весьма рѣдко опоясываютъ ихъ кольцеобразно; иногда круглыя клѣтки располагаются полосами въ узкихъ лимфатическихъ щеляхъ. На срѣзахъ этой железы встрѣтилась инфильтрованная, включенная въ нее, лимфатическая железка, отношеніе которой къ окружающей ткани оказалось довольно своеобразнымъ: именно, съ тонкой капсулы лимфатической железы мелкоклѣточная инфильтрація непосредственно переходитъ въ соединительно-тканные промежутки околоушной железы, слегка сдавливая мелкіе выводные канальцы и альвеолы. На тѣхъ срѣзахъ слюнной железы, которые взяты изъ участковъ, близкихъ къ лимфатической железкѣ, найдена значительно большая инфильтрація соединительной ткани вокругъ выводныхъ протоковъ, чѣмъ на другихъ болѣе отдаленныхъ частяхъ железы. Такъ, около нѣсколькихъ выводныхъ протоковъ оказалось столь обильное скопленіе лейкоцитовъ, что просвѣтъ одного изъ нихъ былъ нѣсколько сдавленъ; эпителій его былъ оттѣсненъ къ просвѣту частію лейкоцитами, частію клѣтками, пролифирующими у основанія. Другой протокъ, окруженный такимъ же густымъ скопленіемъ круглыхъ клѣтокъ, былъ, наоборотъ, очень растянутъ, и эпителій его сильно уплощенъ, вслѣдствіе вѣроятнаго сдавленія его гдѣ нибудь ниже на протяженіи и послѣдовательной задержки секрета (содержимое просвѣта, къ сожалѣнію, выпало). Съ большою вѣроятностью можно предполагать, что въ данномъ случаѣ густая инфильтрація вокругъ протоковъ шла по лимфатическимъ путямъ отъ инфильтрованной лимфатической железы, включенной въ вещество околоушной. Въ одной изъ такихъ железокъ на нѣкоторыхъ участкахъ окраскою обнаружено присутствіе кокковъ, лежащихъ одиночно и разсѣянно среди лимфатическихъ клѣтокъ и въ нихъ самихъ. Въ самой же parotis никакихъ микроорганизмовъ не найдено.

Submaxillaris d. Альвеолы немного увеличены, хорошо контурированы; очертанія эпителія невполнѣ ясны. Зернистость протоплазмы эпителія сильнѣе, чѣмъ въ околоушной железѣ, и менѣе равномѣрна; протоплазма во многихъ клѣткахъ разрѣжена до степени распаденія. Клѣточныя ядра окрашиваются неодинаково интенсивно. Центральный просвѣтъ замѣтенъ только въ слизистыхъ альвеолахъ; слизистыя клѣтки мутны, съ тонкою зернистостью, нерѣдко переходятъ въ довольно широкія полулунія. Стѣнки крупныхъ протоковъ спались, мелкіе имѣютъ просвѣтъ. Цилиндрическій эпителій въ состояніи частичнаго распаденія; часто среди его—лейкоциты. Объемъ сосудовъ уменьшенъ. Скопленія мелкихъ круглыхъ клѣтокъ и здѣсь, какъ въ parotis, въ формѣ гнѣздъ неправильной клиновидной формы, лежатъ чаще по одной сторонѣ сосуда или протока. Выводные протоки, проходящіе въ очень близкомъ сосѣдствѣ съ лимфатическими инфильтрованными железками, претерпѣваютъ значительныя измѣненія. Мелкоклѣточная инфильтрація охватываетъ густымъ кольцомъ периферію протока, и лейкоциты массами двигаются среди цилиндрическаго эпителія, который только мѣстами представляется уцѣлѣвшимъ, большею же частію такъ тѣсно перемѣшивается съ круглыми клѣтками, что эпителіальный слой представляется какимъ-то пестрымъ кольцомъ изъ темныхъ лейкоцитовъ и болѣе свѣтлаго молодаго эпителія.

7. Агафонъ Андреяновъ, 18 лѣтъ, фабричный рабочій. Поступилъ въ Александровскую барачную больницу 29-го октября, умеръ 13-го ноября 1889 г. Клинич. діагнозъ: ileo-typhus. Осложненія: pneum. catarrh. d.

Поступилъ въ больницу на 3-й день болѣзни. Общее недомоганіе, слабость, головная боль, ознобъ и жаръ. Питанія достаточнаго. Желтая окраска кожи. Болѣзненный животъ. Печень и селезенка прощупываются, неболѣзненны. Бронхіальные сухіе хрипы. Розеолы. Обложенный языкъ. Въ слѣдующіе дни констатируется усиливающійся st. typhosus, разлитой бронхитъ, болѣзненность живота въ правой подвздошной области; жидкія испражненія отъ 2 до 4 разъ въ сутки. На 9-й день болѣзни въ правомъ легкомъ субкрепитир. хрипы и усиленіе вибраціи въ нижней долѣ. Съ 10-го дня обычный ходъ t° мѣняется: утренняя по утрамъ чаще выше вечерней; вмѣстѣ съ этимъ усиливается сердечная слабость. Появляется сильная сухость языка, покрытаго желтоватымъ налетомъ и трещинами. Печень, селезенка и животъ все время болѣзненны. Дикротичный учащенный пульсъ, глухіе тоны сердца. Рѣзкій status typhosus. Наканунѣ смерти ночью 2 раза рвота.

Вскрытіе. Сосуды мягкой мозговой оболочки значительно налиты; ткань мозга малокровна. Полости сердца растянуты, мускулатура блѣдна. Нижняя доля и часть верхней праваго легкаго мало проходимы; разрѣзы усѣяны непроходимыми участками сѣраго цвѣта, величиною отъ

лѣснаго орѣха до горошины. Селезенка увеличена, капсула сморщена; ткань темно-краснаго цвѣта, суха, кожиста. Корковый слой почекъ утолщенъ, глинистаго цвѣта, дряблъ. Печень значительной плотности, красно-глинистаго цвѣта. дольки не видны. Въ нижнемъ отдѣлѣ тонкихъ кишекъ, на протяженіи 60 мм., на мѣстѣ нѣкоторыхъ Пейеровыхъ бляшекъ язвы до 1 см. съ гладкимъ дномъ и гладкими слегка подрытыми краями. Солитарныя железы на протяженіи всѣхъ толстыхъ кишекъ, отъ rectum до coecum, увеличены до чечевицы, нѣкоторыя некротизированы. Брыжжеечныя железы въ объемѣ до величины миндальнаго орѣха, красны, мягки. *Анатомическій діагнозъ*: Ileo-typhus въ концѣ 2-й недѣли. Laryngitis ulcerosa. Pneumonia catarrhalis acuta dextra.

Взятыя для изслѣдованія обѣ gl. submaxillares и parotis съ правой стороны не представляли замѣтныхъ на глазъ измѣненій.

Микроскопическое изслѣдованіе. Parotis d. Железистыя acini довольно густо набиты эпителіемъ; центральнаго просвѣта ихъ невидно. Крупныя ядра альвеолярнаго эпителія, содержащія въ себѣ зернышки, ясно различимы, расположены какъ у периферіи, такъ и ближе къ центру альвеолъ. Протоплазма эпителія мутновата, зерниста, контуры клѣтокъ не вездѣ ясны. Осміева кислота показываетъ въ протоплазмѣ присутствіе небольшаго количества мелкихъ темныхъ зернышекъ, болѣе въ эпителіѣ альвеолъ, менѣе въ цилиндрическомъ эпителіѣ протоковъ. Выводные протоки нерасширены, просвѣтъ большею частію свободенъ, иногда въ немъ встрѣчаются небольшія мелкозернистыя кучки, неокрашивающіяся ядерными красками. Цилиндрическій эпителій протоковъ расположенъ правильно, нигдѣ не отслоенъ отъ основанія. Кой гдѣ въ просвѣтѣ протоковъ, а также между клѣтками ихъ эпителія, попадаются въ ограниченномъ числѣ мелкія круглыя одноядерныя клѣтки. Сосуды вообще нерасширены. Въ небольшихъ венахъ изрѣдка видны какіе-то конгломераты, состоящіе, повидимому, изъ бѣлыхъ тѣлецъ, хорошо окрашивающіеся ядро-красящими веществами, и сидящіе пристѣночно; такіе участки сосуда немного расширены. Около артерій и венъ мелкаго калибра замѣтна весьма умѣренная инфильтрація соединительной ткани круглыми мелкими клѣтками.

Submaxillaris dextra et sinistra. Зернистость альвеолярныхъ бѣлковыхъ клѣтокъ выражена сильнѣй, чѣмъ въ parotis. Въ очень зернистыхъ клѣткахъ полулуній ядеръ почти невидно. Слизистыя клѣтки прозрачны. Эпителій протоковъ мутноватъ, контуры клѣтокъ неясно различимы; просвѣтъ протоковъ въ такомъ же видѣ, какъ и въ parotis. Средняго калибра вены слегка расширены; въ правой подчелюстной железѣ, въ окружности нѣкоторыхъ венъ, но довольно рѣдко, соединительная ткань густо инфильтрована мелкими круглыми клѣтками; инфильтрація располагается кольцеобразно вокругъ сосуда, постепенно уменьшаясь въ интенсивности далѣе къ периферіи, иногда

тянется полосой вдоль по соединительно-тканной перекладинѣ. Въ лѣвой submaxillaris такихъ фокусовъ инфильтраціи не найдено. Окраска аналиновыми красками обнаружила въ соединительно-тканныхъ петляхъ и въ инфильтрованныхъ участкахъ соединительной ткани присутствіе клѣточныхъ образованій съ базофильною зернистостью.

8. Федоръ Максимовъ, 18 лѣтъ, крестьянинъ. Случай судебно-медицинскій. Вскрытіе въ Обуховской больницѣ 25-го января 1890 г.

Изъ протокола дознанія выяснено слѣдующее: заболѣлъ 2 недѣли назадъ ознобомъ, послѣ чего, пролежавъ два дня, вышелъ на работу. По вечерамъ лихорадилъ; были боли въ животѣ и поносъ. Въ послѣдній день жаловался на небольшой кашель. Вечеромъ съ 23 на 24 января, ложась спать, жаловался на головную боль и лихорадку, а на утро 24-го января найденъ мертвымъ.

Вскрытіе. Мягкая мозговая оболочка утолщена, отечна, снимается легко. Вещество мозга полнокровно. Легкія мѣстами прирощены къ грудной стѣнкѣ, въ нижнихъ доляхъ полнокровны, содержатъ узлы красной и сѣрой гепатизаціи величиною съ грецкій орѣхъ. Мускулатура сердца дрябла, мутна. Печень немного увеличена, представляетъ паренхиматозное перерожденіе ткани. Селезенка значительно увеличена, рыхла; пульпа легко выскабливается. Почки увеличены, капсула напряжена, снимается легко. Брыжжечныя железы увеличены, гиперемированы, мозговидны. Въ нижней $^1/_3$ тонкихъ кишекъ и по всему протяженію ilei разбросаны увеличенныя солитарныя железы и набухшія Пейеровы бляшки, изъ которыхъ иныя близь Баугиніевой заслонки изъязвлены. Diagnosis anatomica: Typhus abdominalis. Pneumonia catarrh. acuta duplex lobi inferioris.

Для изслѣдованія взяты обѣ околоушныя и правая подчелюстная железы. Правая parotis немного увеличена въ объемѣ, на разрѣзѣ представляетъ точечную и легкую диффузную красноту. Лѣвая parotis на разрѣзѣ въ центральной части сплошнаго насыщенно-розоваго цвѣта съ темно-красными точками и полосами, по периферіи бѣлаго цвѣта съ отдѣльными красными точками; въ веществѣ этой железы оказались включенными лимфатическія железки, величиною съ горошину, насыщеннаго кирпично-коричневаго цвѣта.

Микроскопическое изслѣдованіе. Parotis d. На свѣжихъ неокрашенныхъ препаратахъ контуры железистыхъ клѣтокъ неясно различимы, отъ дѣйствія уксусной кислоты дѣлаются яснѣе, но и послѣ этого остается порядочная зернистость протоплазмы. На уплотненныхъ и окрашенныхъ препаратахъ железистыя альвеолы очень отчетливы, нѣкоторыя замѣтно увеличены въ объемѣ; просвѣта альвеолъ незамѣтно. Очертанія альвеолярнаго эпителія необыкновенно ясны; самое расположеніе клѣтокъ представляетъ очень правильную мозаику; неодинаковой величины и невполнѣ правильной круглой формы клѣточныя ядра расположены у периферіи альвеолъ, окрашены неодинаково интенсивно; у очень многихъ клѣтокъ совсѣмъ

нѣтъ ядеръ. Протоплазма представляетъ на болѣе тонкихъ срѣзахъ неравномѣрно-зернистый видъ,—кучки и полоски, въ промежуткахъ между которыми замѣтны пустоты. Выводные протоки большаго калибра, лежащіе въ широкихъ соединительно-тканныхъ перекладинахъ, въ спавшемся состояніи; въ неширокихъ просвѣтахъ болѣе мелкихъ протоковъ имѣется немного мелко-зернистаго содержимаго, окрашивающагося эозиномъ. Эпителій протоковъ сохраняетъ свою цилиндрическую форму, но почти повсюду частично отслоенъ и на границѣ съ membrana propria представляетъ слѣды молекулярнаго распада, который часто захватываетъ и цѣльныя клѣтки. Сцѣпленіе между этими клѣтками видимо уменьшено: онѣ какъ бы расшатаны на своемъ основаніи и болѣе или менѣе отдѣлены одна отъ другой. Наиболѣе цѣлымъ и сохраненнымъ является цилиндрическій эпителій крупныхъ протоковъ, располагающійся въ два слоя: слой у основанія содержитъ невполнѣ правильныя цилиндрическія клѣтки. Въ рѣдкихъ мѣстахъ въ просвѣтѣ небольшихъ протоковъ видны немногочисленныя круглыя клѣтки. Какъ капилляры, такъ и мелкія и болѣе крупныя вены чрезвычайно расширены, что наблюдается преимущественно по периферіи протоковъ, и наполнены почти одними красными кровяными шариками, съ ничтожною примѣсью лейкоцитовъ съ полиморфными ядрами. Инфильтрація мелкими клѣтками въ формѣ ограниченныхъ, но довольно густыхъ гнѣздъ, встрѣчается въ окружности сосудовъ и у протоковъ относительно рѣдко. Въ широкихъ промежуткахъ соединительной ткани содержится немного лимфоидныхъ элементовъ.

Parotis sin. Сказанное относительно измѣненій въ правой околоушной железѣ примѣнимо и къ лѣвой, съ тою разницею, что здѣсь 1) расширеніе венъ выражено еще рѣзче, чѣмъ въ правой железѣ; кромѣ того расширены и артеріи; 2) въ нѣкоторыхъ протокахъ, на мѣстахъ распадающагося отслоеннаго эпителія, замѣтно усиленное разростаніе разной величины клѣтокъ со стороны membrana propria, взамѣнъ отслоенныхъ; 3) на разрѣзахъ включенныхъ въ железу лимфатическихъ железокъ — сильная гиперемія и густыя, въ формѣ круглыхъ гнѣздъ, скопленія мелкихъ лимфатическихъ клѣтокъ; при окраскѣ метиленовой синькой въ железѣ видно много разсѣянныхъ клѣтокъ съ базофильною зернистостью. Кромѣ того, обстоятельство, общее обѣимъ околоушнымъ железамъ даннаго случая, это — отсутствіе въ кровеносныхъ сосудахъ крупныхъ лимфоидныхъ элементовъ.

Submaxillaris dextra. Контуры эпителія слегка увеличенныхъ альвеолъ невсегда ясны. Нѣкоторыя изъ слизистыхъ клѣтокъ распались. Полулунія довольно широки; клѣтки ихъ отчетливо конту-

рированы. Сосуды нерасширены. Мелкоклѣточная инфильтрація въ окружности сосудовъ и протоковъ незначительна. Эпителій выводныхъ протоковъ въ такомъ же состояніи, какъ и въ parotis.

9. Княжановъ, 16-ти лѣтъ, воспитанникъ военно-фельдшерской школы. Поступилъ въ клиническій военный госпиталь 7-го января, умеръ 21-го января 1890 г. Клиническій діагнозъ: ileo-typhus.

Больной поступилъ въ госпиталь на 2-й недѣлѣ болѣзни съ жалобами на головную боль и боль въ голенностопныхъ и бедренныхъ суставахъ. Небольшой кашель. По тѣлу розеолезная сыпь. Тоны сердца ясны; пульсъ 96. Дых. 28. T° 40,4. 8—12/i. Боль въ головѣ и суставахъ нѣсколько меньше. Наклонность къ запору. T° въ предѣлахъ: утр. 39,2—вечерн. 40,2. 13—14/i. Въ легкихъ масса сухихъ хриповъ; притупленіе тона въ верхней долѣ лѣваго легкаго; довольно сильный сухой кашель. Первый тонъ сердца сопровождается шумомъ; 2-й тонъ на art. pulmonalis усиленъ. Пульсъ 96, малый. T° около 41, утренняя выше вечерней. Поносъ. 15—16/i. Ателектатическая крепитація въ нижнихъ доляхъ обоихъ легкихъ сзади. Сильно вздутый животъ. На низъ 1 разъ. Боль въ горлѣ; слизистая оболочка зѣва суха и гиперемирована. Пульсъ 120; t° около 40,5, утренняя выше вечерней. 17/i. Помраченное сознаніе; бредъ; фибриллярныя сокращенія мышцъ; жидкій стулъ 2 раза. T° 40,3. 18—21/i. Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни тифозное состояніе усиливается; обильныя розеолы по всей кожѣ туловища и конечностей; частый жидкій стулъ. Нѣсколько разъ носовое кровотеченіе. Языкъ покрывается твердой корой, мѣстами съ кровоточащими трещинами. Пульсъ дѣлается нитевиднымъ, сосчитывается съ трудомъ. 21/i смерть при явленіяхъ прогрессирующей сердечной слабости.

Вскрытіе. Въ околосердечной сумкѣ около 2-хъ унцій прозрачной сывороточной жидкости. Сердце небольшаго объема, содержитъ жидкую кровь и немного рыхлыхъ сгустковъ фибрина; мускулатура его блѣдна; клапаны и интима безъ примѣненій. Оба легкія свободны; ткань ихъ въ разрѣзѣ отчасти гиперемирована, отечна, проникнута гнѣздами темнокраснаго цвѣта, величиною съ горошину, отдѣленными одно отъ другаго проходимою тканью. Печень немного припухла; ткань ея сѣровато-бураго цвѣта, дрябла, безъ рѣзкихъ границъ долекъ. Брыжжечныя железы увеличены, гиперемированы. Селезенка увеличена почти вдвое; пульпа ея темно-вишневаго цвѣта, рыхла, легко выскабливается ножемъ. Ткань почекъ блѣдна, рыхла, съ припухшимъ корковымъ слоемъ. Въ ileum Пейеровы бляшки и солитарныя железы увеличены въ объемѣ, изъязвлены; язвы представляютъ видъ рыхлаго распада, сѣраго цвѣта; въ остальныхъ мѣстахъ кишечника инъекція керкрингіевыхъ складокъ. Въ толстыхъ кишкахъ рыхлость слизистой оболочки. Мягкая мозговая оболочка малокровна, отдѣляется отъ поверхности легко; вещество мозга малокровно. *Epicrisis*: ileo-typhus; pneumonia catarrh. acuta.

Вырѣзаны для изслѣдованія правая околоушная и подчелюстная железы. Обѣ нормальной плотности, неувеличены въ объемѣ, сѣровато-бѣлаго оттѣнка; на разрѣзѣ parotidis много красныхъ мелкихъ точекъ.

Микроскопическое изслѣдованіе. Parotis et submaxillaris. Объемъ альвеолъ слегка увеличенъ. Протоплазма альвеолярныхъ клѣтокъ и цилиндрическаго эпителія протоковъ мутновата; контуры клѣтокъ неясны, чаще неразличимы. Въ свѣжемъ состояніи ядра послѣ дѣйствія уксусной кислоты выступаютъ отчетливѣе, тѣмъ не менѣе послѣ этого остается еще значительная зернистость протоплазмы; зернышки не имѣютъ однако жироваго характера, какъ показала обработка осміевой кислотой. Ядра эпителія расположены или у периферіи альвеолъ или ближе къ центру. Центральнаго просвѣта альвеолъ невидно; но въ начальныхъ канальцахъ, а также и въ слизистыхъ альвеолахъ, таковой сохранился. Встрѣчаются часто альвеолы съ большимъ противъ обычнаго количествомъ клѣточныхъ ядеръ. Въ подчелюстной железѣ полулунія очень узки; маленькія ядра слизистыхъ клѣтокъ лежатъ очень близко къ периферіи альвеолъ. Просвѣтъ выводныхъ протоковъ умѣренно выполненъ мелкозернистымъ содержимымъ; кой-гдѣ среди просвѣта ихъ видно немного (2—3) круглыхъ клѣтокъ. Протоки нерастянуты, но и не въ состояніи спаденія. Эпителій болѣе мелкихъ частично или цѣликомъ отслоенъ отъ основанія; эпителій болѣе крупныхъ сохраненъ на мѣстѣ. Проходящія въ соединительной ткани по сосѣдству съ протоками вены нѣсколько растянуты. Въ периферіи ихъ встрѣчается, неособенно часто, ограниченная, въ формѣ неширокаго кольца, опоясывающаго сосуды, круглоклѣточная инфильтрація; мелкія клѣтки видны и въ сосудистыхъ стѣнкахъ, иногда въ одной половинѣ ихъ окружности. Въ просвѣтѣ венъ бросается въ глаза обиліе лимфоидныхъ, иногда очень большихъ, круглыхъ элементовъ, съ относительно большими круглыми или изогнутыми, иногда съ 2-мя болѣе мелкими, ядрами и съ большимъ количествомъ протоплазмы; одинъ разъ встрѣтилась крупная овальная клѣтка даже съ слѣдами каріокинеза, имѣющая 2 подковообразныхъ ядра, симметрично расположенныхъ у полюсовъ овала, и со слѣдами полосокъ между ядрами. Вмѣстѣ съ крупными клѣтками въ просвѣтѣ венъ видно значительное количество и мелкихъ лейкоцитовъ. Другое обстоятельство, обращающее на себя вниманіе, это — крайнее обиліе въ нѣкоторыхъ соединительно тканныхъ участкахъ, въ особенности въ тѣхъ, гдѣ проходятъ группы сосудовъ и протоковъ, какъ круглыхъ лимфоидныхъ элементовъ, такихъ же, что встрѣчаются и въ сосудахъ, съ однимъ или двумя ядрами, различной величины, такъ и клѣтокъ овальной формы, съ овальными же слабо окрашенными ядрами. Расположеніе всѣхъ такихъ элементовъ въ соединительной ткани не имѣетъ гнѣзднаго характера, по ходу сосудовъ или протоковъ; они разбросаны болѣе или менѣе равномѣрно. Въ submaxillaris встрѣчается порядочно клѣточныхъ образо-

ваній съ базофильною зернистостью, обычно расположенныхъ среди волоконъ соединительной ткани.

10. Петръ Журавлевъ, 22-хъ лѣтъ, новобранецъ 8-го флотскаго экипажа. Поступилъ въ С.-Петербургскій морской госпиталь 6-го февраля, умеръ 7-го марта 1890 г. Клиническій діагнозъ— typhus abdominalis; pneumonia cruposa dextra.

Поступилъ въ госпиталь на 5-й день болѣзни; первыя явленія— ознобъ, головная боль, жаръ, общая слабость. Status praes: хорошаго питанія; языкъ обложенъ, сухъ; нѣсколько увеличенная болѣзненная при пальпаціи печень: болѣзненность въ ileo-coecal'ной области. T° 38—39,1. Теченіе болѣзни съ 6 по 12/II: Нерѣзкій status typhosus; по ночамъ бредъ. Головная боль усиливается; жажда; нечастыя жидкія испражненія; значительная чувствительность живота; gargouillement. Удовлетворительная дѣятельность сердца. T° 39—40. Съ 12 по 27/II улучшеніе самочувствія и головныхъ болей; языкъ чище. Жидкія испражненія 2—3 раза въ сутки продолжаются. Колебанія между вечерней и утренней t° иногда довольно велики, встрѣчается typus inversus. Съ 27/II появилось жесткое дыханіе и хрипы въ лѣвомъ легкомъ; на правой лопаткѣ выдохъ, ослабленіе звучности тона и хрипы. Языкъ снова сухъ, обложенъ, t° поднялась выше. Пульсъ 112, легко сжимаемый. Значительно вздутъ животъ; жидкія испражненія. Бредъ. Прогрессирующій упадокъ силъ; t° 40—41. 7/III. Безсознательное состояніе. Смерть.

Вскрытіе. Мягкая мозговая об. прозрачна; ткань мозга нѣсколько малокровна. Мускулатура сердца блѣдна, значительно дрябла. Оба легкія приращены по всей поверхности, богаты кровью; нижняя доля праваго сплошь непроходима, дрябла, сѣровато-краснаго цвѣта. Селезенка очень увеличена; капсула слегка сморщена; ткань темно-краснаго цвѣта. Почки немного увеличены, ткань малокровна; корковый слой слегка дряблъ; капсула снимается расщепляясь. Ткань печени малокровна, слегка глинистаго цвѣта, кожиста; дольки неясны. На протяженіи 30 см. въ тонкихъ кишкахъ на Пейеровыхъ бляшкахъ язвы до $1^1/_2$ см., съ чистымъ дномъ и подрытыми краями, въ которыхъ немного распада. Брыжжечныя железы увеличены, немного плотны, красны. Солитарныя железы пигментированы на всемъ протяженіи толстыхъ кишекъ. Diagn. anatomica: ileo-typhus 3-я недѣля; pneumonia cruposa. d. inxerior.

Взятыя для изслѣдованія железы съ лѣвой стороны представляли небольшой отекъ окружающей и межуточной соединительной ткани. На разрѣзѣ железистая ткань желтоватаго цвѣта, по мѣстамъ съ розоватымъ оттѣнкомъ. Промежуточная соединительная ткань замѣтно отличается отъ железистой по своему красноватому цвѣту.

Микроскопическое изслѣдованіе. Parotis sin. Очертанія альвеолъ отчетливы. Контуры железистыхъ клѣтокъ различаются невполнѣ ясно. Протоплазма рѣзко зерниста (по микрохимическимъ реакціямъ—зернышки частію жировыя) распредѣлена по клѣткѣ неравномѣрно, собрана ближе къ ядру, часто разрѣжена; иногда клѣтки

въ состояніи распаденія. Альвеолы вообще менѣе нормальныхъ, безъ центральнаго просвѣта и въ большинствѣ довольно густо набиты разной величины эпителіемъ, не имѣющимъ правильнаго расположенія. Клѣточныя ядра окрашиваются неодинаково интенсивно. Выводные протоки, съ небольшимъ мелкозернистымъ содержимымъ въ просвѣтѣ, имѣютъ цилиндрическій эпителій въ состояніи пролифераціи, частичнаго распаденія и отслойки отъ основанія. Капилляры и вены изрѣдка расширены; артеріи узки. Ядра эндотелія мелкихъ сосудовъ по мѣстамъ немного утолщены. Соединительная волокнистая ткань развита очень обильно, даже въ мелкихъ развѣтвленіяхъ, и особенно по периферіи артерій. Иногда ея волокна раздвинуты чрезвычайно нѣжно-зернистою, слабо окрашенною эозиномъ, массою. Содержаніе въ соединительной ткани лимфатическихъ элементовъ крайне колеблется въ разныхъ мѣстахъ. Сколько нибудь рѣзкой мелкоклѣточной инфильтраціи гнѣздами около сосудовъ и протоковъ почти не встрѣчается; скопленіе среди соединительной ткани лейкоцитовъ и лимфоидныхъ элементовъ имѣетъ болѣе диффузный характеръ.

Submaxillaris sin. Все сказанное о parotis можно перенести и на подчелюстную железу, съ тѣмъ добавленіемъ, что здѣсь круглоклѣточныя скопленія вокругъ сосудовъ средняго и малаго калибра встрѣзаются чаще и имѣютъ болѣе гнѣздный характеръ. Клѣтки слизистыхъ альвеолъ незамѣтно переходятъ въ полулунія.

11. Александръ Столяровъ, 20 лѣтъ, крестьянинъ. Поступилъ въ Александровскую барачную больницу 9-го октября, умеръ 2-го ноября 1889 г., на 30-й день болѣзни. Клиническій діагнозъ: Ileotyphus. Осложненія: Nephritis. Pneum. catarrhalis duplex. Enterorrhagia.

До поступленія въ больницу болѣлъ 7 дней дома: головная боль, ознобъ; жаръ; жидкій стулъ. Stat. praes. Языкъ чистъ. Органы живота, и наиболѣе правая подвздошная, чувствительны; печень и селезенка ясно прощупываются. Пульсъ полный, нечастый; тоны сердца чисты. Катарральная ангина. Въ мочѣ порядочно бѣлка, который не исчезалъ въ теченіи всей болѣзни и колебался въ количествѣ значительныхъ предѣлахъ; кромѣ того зернистые цилиндры, гнойныя клѣтки и клѣтки почечныхъ лоханокъ. Съ дальнѣйшимъ ходомъ болѣзни тифозное состояніе усиливается; постоянный бредъ. Языкъ дѣлается до конца болѣзни сухимъ, обложеннымъ, трескается. На 16-й день присоединилась катарральная пневмонія обоихъ легкихъ, съ упадкомъ сердечной дѣятельности; пульсъ сдѣлался неровнымъ, мягкимъ, дикротичнымъ. На 18, 20 и 21 день появилось кишечное кровотеченіе, въ первый разъ до 400 к. с. крови. Съ 23-го дня болѣзни констатируется subsultus tendinum; бредъ усиливается, больной вскакиваетъ съ постели. Мокрота не отхаркивается; появляется на крестцѣ пролежень. Начинаетъ испражняться и мочиться подъ себя. Губы и языкъ потрескались. На 27-й день нотируется много пролежней уже на разныхъ мѣстахъ. Пульсъ дѣлается едва

уловимымъ. Сильная жажда. За два дня до смерти замѣчено появленіе въ изобиліи по тѣлу, на рукахъ, ногахъ, поверхностныхъ гнойничковъ. Въ послѣднiй день нотировано присутствіе многочисленныхъ кожныхъ кровоизліяній. T° все время, за исключеніемъ 2-хъ послѣднихъ дней, по утрамъ около 39°, вечерняя 40°—40,5°.

Вскрытіе. Истощенное тѣло. По кожѣ туловища и конечностей многочисленные инфильтраты кожи, покрытые поверхностными струпьями. Жиру на сердцѣ почти нѣтъ; стѣнки нормальной толщины, цвѣта и плотности. Лѣвое легкое на всемъ протяженіи прирощено. Ткань легкихъ малокровна, суха, въ нижней долѣ лѣваго почти непроходима, занята плотными сѣрыми зернистыми участками, величиною до лѣснаго орѣха; нѣкоторые изъ этихъ участковъ распались въ гангренозныя полости, съ сѣрымъ ихорознымъ содержимымъ и рыхлыми стѣнками; участокъ подобной же ткани находится въ верхнемъ отдѣлѣ праваго легкаго; остальная ткань проходима. Селезенка немного увеличена, капсула слегка сморщена, ткань темно-краснаго цвѣта, хрупка. Почки малы, капсула снимается свободно; корковый слой плотенъ и блѣдѣнъ; въ немъ кисты съ кедровый орѣхъ; въ правой почкѣ подъ капсулой сѣро-желтый красноватый узелъ съ красной каемкой. Печень слегка увеличена, ткань богата кровью, съ буроватымъ оттѣнкомъ, довольно плотна; границы долекъ неясны. Въ нижнемъ отдѣлѣ тонкихъ кишекъ на протяженіи 1$^1/_2$ метровъ нѣкоторыя Пейеровы бляшки приподняты, зернисты, плотны, красноаспиднаго цвѣта; мѣстами язвы, величиною до 1 ст., съ чистымъ дномъ, подрытыми краями. *Анатомическій діагнозъ.* Ileo-typhus 5-я недѣля; pneumonia catarrhalis gangraenosa duplex; nephritis interstitialis chr. cum cystibus; nephritis bactaerica.

Взятыя съ правой стороны слюнныя железы не представляли видимыхъ измѣненій.

Микроскопическое изслѣдованіе. Parotis dextra. Очень неясныя очертанія альвеолярнаго эпителія и часто контуровъ самихъ альвеолъ, которыя какъ бы притиснуты одна къ другой или слиты между собою; довольно безпорядочное и густое расположеніе въ нихъ клѣтокъ; центральнаго просвѣта альвеолъ нѣтъ. Протоплазма эпителія немного мутна, по мѣстамъ разрѣжена. Уксусная кислота мало проясняетъ контуры ядеръ. Выводные протоки представляютъ довольно пеструю картину. Обстоятельство, общее всѣмъ имъ и сразу бросающееся въ глаза,—это сильное уплощеніе ихъ эпителія, потерявшаго цилиндрическую форму; эпителіальныя клѣтки—кубической и круглой формы, даже иногда слегка удлиннены по направленію окружности протока. Вмѣстѣ съ этимъ просвѣтъ протоковъ значительно расширенъ и выполненъ мутноватою равномѣрно мелко-зернистою массою, окрашивающеюся эозиномъ, среди которой встрѣчается нѣсколько круглыхъ мелкихъ клѣтокъ съ круглыми же или полиморфными ядрами и частицы отпавшаго эпителія протоковъ. Въ крупныхъ протокахъ замѣтно внѣдрѣніе между цилиндрическими

клѣтками эпителія большаго или меньшаго количества блуждающихъ клѣтокъ изъ окружающей соединительной ткани, инфильтрованной очень густо и иногда на большомъ протяженіи этими послѣдними элементами. Въ сосѣдствѣ иныхъ протоковъ видны расширенныя вены, опоясанныя болѣе или менѣе густою мелкоклѣточною инфильтраціею. Въ болѣе мелкихъ протокахъ эпителій частично или кольцеобразно отслоенъ отъ membrana propria. Очень рѣдко встрѣчаются такіе крупные протоки, просвѣтъ которыхъ выполненъ сплошь круглыми клѣтками, эпителіемъ и его обломками. Въ широкихъ цугахъ межуточной соединительной ткани имѣется порядочно веретенообразныхъ клѣтокъ, но круглыхъ и овальныхъ съ большими ядрами мало; послѣднія наиболѣе встрѣчаются среди тѣхъ участковъ соединительной ткани, которые окружаютъ болѣе расширенные сосуды и протоки.

Submaxillaris dextra. Контуры альвеолъ не всегда ясны; просвѣта незамѣтно. Альвеолярный эпителій мутноватъ, протоплазма мелко-зерниста; клѣточныя ядра различимы, но при дѣйствіи уксусной кислоты выступаютъ еще яснѣе. Контуры эпителія неясны. Расположеніе клѣтокъ въ альвеолахъ часто неправильное: иногда онѣ кажутся скученными ближе къ центру альвеолы, какъ бы отставая отъ ея периферіи, иногда кажутся густо набитыми въ альвеолѣ; форма и величина ихъ различны. Слизистыя клѣтки прозрачны, съ едва замѣтною полосчатою зернистостью и круглыми большими ядрами. Полулунія чаще узки, рѣже встрѣчаются широкія, темно-зернисты; границы ихъ нерѣзко переходятъ въ слизистыя клѣтки. Эпителій выводныхъ протоковъ сохраняетъ цилиндрическую форму, расположенъ въ нѣсколько слоевъ и представляетъ, повидимому, значительную пролиферацію. Протоплазма цилиндрическаго эпителія содержитъ много мелкихъ блестящихъ зернышекъ. Отслоенныхъ клѣтокъ въ просвѣтѣ протоковъ встрѣчается вообще мало; только немногія отдѣльныя системы протоковъ содержатъ ихъ, вмѣстѣ съ круглыми клѣтками, въ своемъ просвѣтѣ въ болѣе значительномъ количествѣ; большею же частію просвѣтъ протоковъ свободенъ, или въ немъ находится немного зернистой, окрашивающейся эозиномъ массы. Нерѣдко вблизи большихъ и средняго калибра протоковъ встрѣчаются расширенныя вены разной величины, съ умѣренно набухшимъ эндотеліемъ, густо окруженныя инфильтраціею изъ мелкихъ круглыхъ клѣтокъ, которыя кольцеобразно опоясываютъ часто и сосѣдніе выводные протоки. Широкія полосы межуточной соединительной ткани содержатъ между волокнами много мелкихъ и крупныхъ лимфоидныхъ клѣтокъ; послѣднія—круглой, овальной и веретенообразной формы съ относительно большими ядрами, окрашивающимися слабѣе, чѣмъ ядра мелкихъ лейкоцитовъ.

12. Марія Антонова, 15 лѣтъ, крестьянка. Поступила въ Александровскую барачную больницу 1-го января, умерла 10-го января 1890 года. Клиническій діагнозъ: ileo-typhus. Осложненія: meningitis, bronchitis, albuminuria.

Больная поступила на 7-й день болѣзни съ тифознымъ состояніемъ, увеличенною печенью и селезенкою, съ t° 38,5. Розеолы на кожѣ живота; слабый пульсъ 130—135 въ 1'; въ лучевой артеріи насчитывается вдвое меньше числа сердечныхъ ударовъ. Съ 1/I по 5/I утреняя t° 37,—37,5, вечерняя 38,5. Явленія глубокаго бронхита. Жидкія испражненія 2 — 6 въ сутки. Жалобы на боль въ животѣ; сухой обложенный языкъ. Много бѣлка въ мочѣ. Умѣренный stat. typhos. Съ 5/I по 10/I колебанія между утреней и вечерней t° въ болѣе широкихъ предѣлахъ. Наростаніе слабости сердца, увеличеніе его поперечника; въ заднихъ доляхъ легкихъ влажные крепитирующіе и субкрепитирующіе хрипы. Сильный кашель. 8/I. Sopor. Ночью безпокойный бредъ. 9/I. Ночью эпилептовидный припадокъ, продолжавшійся нѣсколько минутъ: судороги мышцъ лица и конечностей. Послѣ припадка полное безсознательное состояніе; ціанозъ конечностей. На другой день, 10/I, смерть.

Вскрытіе. Хорошаго питанія. Мягкая оболочка разлитого ярко-краснаго цвѣта отъ тонкаго слоя крови; мѣстами ярко-красныя пятна въ толщѣ самой оболочки и отчасти проникаютъ въ корковый слой мозга; отдѣляется, разрываясь, съ веществомъ мозга. Бѣлое вещество мозга въ высокой степени малокровно; въ corpus callos. точечныя кровоизліянія, собранныя въ гнѣзда. Подобныя же гнѣзда красно-розоваго цвѣта, съ размягченіемъ вящества мозга, величиною до сливы, въ наружныхъ отдѣлахъ обоихъ зрительныхъ бугровъ. Наружный отдѣлъ правой височной доли сплошь темнокраснаго цвѣта. Сердце мало; мускулатура глинистаго вида, дрябла. Селезенка нѣсколько увеличена; на капсулѣ легко снимаемый фибринозный налетъ, и тотчасъ подъ капсулой 2 инфаркта сѣровато-краснаго цвѣта, величиною съ горошину и съ лѣсной орѣхъ, въ центрѣ мягки. Оба легкихъ свободны, темно-краснаго цвѣта, проходимы. Ткань почекъ и печени нормальной плотности; послѣдняя богата кровью. Въ нижнемъ отдѣлѣ тонкихъ кишекъ, на протяженіи 120 см., на мѣстахъ Пейеровыхъ бляшекъ язвы круглой формы въ $^1/_2$ см., съ чистымъ дномъ и тонкими краями. Нижнія бляшки сѣроватаго цвѣта, крупнозернисты. Брыжжечныя железы увеличены до величины фисташковаго орѣха, сѣро-краснаго цвѣта, мягки. *Анатомическій діагнозъ:* Ileo-typhus конца 3-й недѣли. Infarctus lienis. Haemorrhagia cerebri. Meningitis multiplex. Degeneratio cordis albuminosa.

Взятыя для излѣдованія parotis et submaxillaris dextra не казались измѣненными на видъ, если не считаіь незначительной точечной красноты на разрѣзѣ.

Микроскопическое изслѣдованіе. Parotis et submaxillaris dextra. Альвеолы отчетливо видны. Альвеолярный эпителій мутенъ, умѣренно зернистъ: контуры его различаются невполнѣ явственно; ядра лежатъ ближе къ периферіи альвеолъ. Центральнаго просвѣта въ

альвеолахъ незамѣтно. Стѣнки протоковъ большею частію спались, или въ просвѣтѣ видно немного мелкозернистаго вещества. Эпителій протоковъ также мутенъ. Слизистыя клѣтки въ подчелюстной железѣ вполнѣ прозрачны. Просвѣтъ слизистыхъ альвеолъ и первоначальныхъ ходовъ ясно различается, свободенъ. Полулунія занимаютъ около $^1/_4$ объема слизистыхъ альвеолъ, умѣренно зернисты, съ ясною границею со стороны слизистыхъ клѣтокъ. Межуточная волокнистая соединительная ткань сильно развита; соединительно-тканныя перекладины широки; въ нихъ, около большихъ протоковъ, разсѣяно на большемъ или меньшемъ протяженіи значительное количество лимфоидныхъ элементовъ съ круглыми и овальными ядрами. По сосѣдству съ протоками болѣе мелкими встрѣчаются расширенныя вены, въ окружности которыхъ нерѣдко видна обильная густая инфильтрація ткани мелкими круглыми клѣтками, часто опоясывающими довольно широкимъ слоемъ и периферію сосѣднихъ выводныхъ протоковъ; иногда такія кругло-клѣточныя скопленія направляются лучеобразно по болѣе узкимъ соединительно-тканнымъ промежуткамъ въ глубь железистой паренхимы, между альвеолами. Въ сосудахъ содержаніе бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ не велико. Окрашиваніе метиленовою синькой и фуксиномъ показало присутствіе значительнаго числа клѣтокъ съ базофильною зернистостью въ инфильтрированныхъ участкахъ среди волоконъ соединительной ткани.

13. Е. Б., 26 лѣтъ, принята въ Александровскую барачную больницу 22 декабря 1889 г., умерла 14-го января 1890 г. Клиническій діагнозъ: Ileo-typhus. Осложненія: nephritis parenchimatosa acuta; bronchopneumonia; otitis media suppurativa dextra et sinistra; lues; ulcus molle.

Больная поступила въ больницу на 12-й день болѣзни, первыя явленія которой состояли въ головной боли, головокруженіи, ознобѣ, тошнотѣ и небольшомъ поносѣ. Хорошаго тѣлосложенія, достаточнаго питанія. Съ 22/XII по 29/XII. Прощупываются печень и селезенка. Боль въ правой подвздошной области. Языкъ сухъ, красенъ, по срединѣ съ бѣлымъ налетомъ. 2—3 жидкихъ испражненія въ сутки. Почти ежедневная рвота 1—2 раза. Наростающія явленія сухаго бронхита. Небольшое кровотеченіе ex genital. Чувствительный при давленіи животъ. Безпокойный сонъ, бредъ. Съ 29/XII по 4/I. Рвота и кровотеченіе прекратились. Въ мочѣ немного бѣлка, зернистые цилиндры и много гноя. Въ нижней и средней долѣ праваго легкаго субкрепитирующіе и крепитирующіе хрипы, усиленіе вибраціи и притупленіе тона. Слизисто-гнойная мокрота. Усиленіе бронхопневмоніи праваго легкаго. Жидкія испражненія по 3 раза въ сутки. Въ правомъ сводѣ и на промежности язвы съ грязнымъ отдѣленіемъ. Съ 4/I по 10/I. Рѣзкое тифозное состояніе. Бѣлокъ и цилиндры въ мочѣ отсутствуютъ. Появленіе бронхопневмоніи и въ лѣвомъ легкомъ. Судорожный кашель съ труднымъ выведеніемъ мокроты. Замѣтное ослаб-

леніе пульса. Появилось изъ праваго уха гноетеченіе. Въ мочѣ снова зернистые цилиндры. Жидкія испражненія отъ 3 до 5 разъ въ сутки. Сухой, обложенный темнаго цвѣта корками, языкъ. 10—12/1. Гноетеченіе изъ лѣваго уха. Въ легкихъ явленія тѣ же. Слабый и малый пульсъ. 13/1, за день до смерти, на кожѣ спины, груди, локтяхъ, колѣнахъ явилась полосчатая краснота, исчезающая при давленіи пальцемъ.

Вскрытіе. Значительно истощенное тѣло. Мягкая мозговая оболочка по своду разлитаго блѣдно-молочнаго вида. Сѣрое вещество мозга гиперимировано. Мускулатура сердца дрябла; въ полостяхъ желтые обезцвѣченные сгустки. Лѣвое легкое свободно, правое мѣстами срощено; оба плохо спались. Ткань темнокраснаго цвѣта, суха, всюду проходима, въ заднихъ отдѣлахъ нѣсколько уплотнена участками сѣроватаго цвѣта. Селезенка увеличена, капсула слегка сморщена, ткань дрябла, не выскабливается, съ ржавымъ оттѣнкомъ. Капсула съ почекъ снимается съ веществомъ корковаго слоя; какъ на поверхности, такъ и на разрѣзѣ ткань лѣвой почки усѣяна четкообразно расположенными гнойными узелками; нѣкоторые изъ нихъ съ красной каемкой. Нѣсколько гнѣздъ изъ такихъ же узловъ и въ правой почкѣ. Ткань очень дрябла, съ глинистымъ оттѣнкомъ. Печень увеличена, слегка дрябла; периферія долекъ сильно-желтаго цвѣта. Въ нижнемъ отдѣлѣ тонкихъ кишекъ, на протяженіи 120 см., на мѣстѣ Пейеровыхъ бляшекъ, язвы до 3 см., съ гладкимъ дномъ, темно-аспидными тонкими краями. Брыжжеечныя железы увеличены, плоски, плотны. На слизистой оболочкѣ влагалища, во всю толщу, язвы круглой формы, съ подрытыми краями. Утолщеніе надкостницы правой tibiae; неправильной формы рубецъ на лѣвой голени. *Анатомическій діагнозъ*: Ileo-typhus 5-я недѣля. Leptomeningitis chr. Nephritis apostematosa. Colpitis ulcerosa. Periostitis chr. (luetica).

Взятыя для изслѣдованія съ лѣвой стороны parotis и submaxillaris никакихъ видимыхъ измѣненій не представляли.

Микроскопическое изслѣдованіе. Все сказанное въ предъидущемъ случаѣ можно отнести и сюда, съ тою лишь разницею, что здѣсь встрѣчается очень мало мелкоклѣточныхъ инфильтрацій, а соединительная ткань обѣихъ железъ развита еще сильнѣе, но она бѣднѣе лимфатическими элементами. Кромѣ того, въ протоплазмѣ секреторныхъ элементовъ мѣстами замѣтенъ начинающійся молекулярный распадъ.

Какъ на болѣе частое измѣненіе железистой отдѣлительной паренхимы въ изслѣдованныхъ 13-ти случаяхъ можно указать на помутнѣніе и иногда припуханіе протоплазмы эпителіальныхъ клѣтокъ въ различные періоды тифа. Нѣсколько рѣже были находимы дальнѣйшія паренхиматозныя измѣненія,—жировыя зерна, разрѣженіе и начало распаденія клѣточной протоплазмы; при этомъ дегенеративныя измѣненія послѣдняго рода не всегда соотвѣтствовали продолжительности болѣзни: такъ, три раза они были замѣтны на 2-й и въ началѣ 3-й недѣли (сл. 5,7, 8) и столько же разъ въ болѣе

поздніе періоды. Точно также и пролиферація альвеолярнаго эпителія не могла быть пріурочена къ опредѣленному сроку болѣзни; она встрѣчалась какъ въ началѣ заболѣванія—на 2-й недѣлѣ (случай 4), такъ и позже: на 3-й недѣлѣ (сл. 2, 10) и на 4-й (случ. 3). При этомъ никогда не доводилось встрѣчать такого многоядернаго (3—5 ядеръ) эпителія, какой описанъ Hoffmann'омъ: болѣе двухъ ядеръ въ одной клѣткѣ не было. Измѣненія въ выводныхъ протокахъ находятся во всѣхъ стадіяхъ болѣзни. Прежде всего обращаетъ на себя вниманіе почти постоянная въ большей или меньшей степени инфильтрація круглыми клѣтками ихъ стѣнокъ, о чемъ подробнѣе будетъ сказано ниже; затѣмъ—большая или меньшая отслойка цилиндрическаго эпителія, или только частичное его приподнятіе отъ membrana propria, съ образованіемъ маленькихъ пустотъ или полостей. Подобныя явленія въ эпителіѣ должны быть отнесены, разумѣется, въ значительной мѣрѣ на долю обработки препаратовъ, но при равенствѣ всѣхъ условій обработки, степень сцѣпленія эпителія какъ между собою, такъ и съ основаніемъ оказывается неодинаковой во всѣхъ случаяхъ. Такое уменьшеніе связи между клѣтками можетъ быть приписано частію дегенеративнымъ измѣненіемъ ихъ, частію же связь эпителія съ membrana propria видимо нарушается внѣдряющимися круглыми клѣтками, въ особенности когда онѣ скопляются у его основанія группами. Пролиферація цилиндрическаго эпителія замѣтнѣе въ болѣе крупныхъ выводныхъ протокахъ. Просвѣтъ протоковъ въ большинствѣ случаевъ имѣетъ немного аморфнаго содержимаго и нѣсколько круглыхъ клѣтокъ. Но въ случаяхъ 1, 5, 6 и 11 обнаружены весьма замѣтныя катарральныя явленія въ мелкихъ протокахъ, принадлежащихъ къ какой-нибудь одной небольшой системѣ выводныхъ каналовъ; такія измѣненія сопровождаются растяженіемъ ихъ стѣнокъ, вслѣдствіе вѣроятной задержки выведенія секрета въ болѣе крупной вѣточкѣ ниже, на протяженіи.

Что касается сосудовъ, то расширеніе и иногда переполненіе кровью венозной системы (венъ средняго размѣра) и сравнительная пустота артеріальной,—застойная гиперемія,—встрѣчается весьма часто; но иногда, въ особенности тамъ, гдѣ замѣтна пролиферація отдѣлительныхъ элементовъ, расширены и самыя мелкія вены и капилляры,—явленіе, которое могло-бы быть отнесено къ физіологическимъ (дѣятельное состояніе железы), если-бы одновременно замѣчался и артеріальный приливъ. Находились, впрочемъ, случаи, (3 и 6), гдѣ железа была бѣдна кровью во всѣхъ ея отдѣлахъ. Два раза (сл. 2 и 4) найдены небольшія геморрагическія гнѣзда въ соединительной ткани. По отношенію къ измѣненіямъ сосудистымъ стѣнокъ, констатированнымъ въ разныхъ органахъ при ин-

фекціонныхъ заболѣваніяхъ (Н. П. Ивановскій [1]), Л. Поповъ [2]), Пушкаревъ [3]), слюнныя железы даютъ немного: въ изслѣдованныхъ случаяхъ довольно рѣдко встрѣчалось незначительное утолщеніе ядеръ эндотелія въ мелкихъ венахъ и иногда инфильтрація венныхъ стѣнокъ круглыми клѣтками.

Наиболѣе постоянныя измѣненія почти во всѣхъ періодахъ тифа обнаружены въ соединительной ткани, состоящія въ инфильтраціи ея круглыми мелкими клѣтками въ формѣ рѣзкихъ гнѣздъ или полосъ (рѣдко въ формѣ умѣренно-разлитой), преимущественно по периферіи сосудовъ и именно венъ; иногда такія мелкоклѣточныя скопленія пробираются въ глубь железы по болѣе тонкимъ соединительно-тканнымъ цугамъ. Часто подобными скопищами окружаются и выводные протоки железы, при чемъ лейкоциты инфильтруютъ ихъ стѣнки и пробираются черезъ эпителій въ просвѣтъ протоковъ. Въ одномъ случаѣ (6) довольно обильныя скопленія круглыхъ элементовъ найдены расположенными только съ одной стороны нѣкоторыхъ протоковъ и состоятъ, повидимому, изъ расширенныхъ лимфатическихъ пространствъ или, можетъ быть, лимфатическихъ сосудовъ, но ясно отличить стѣнокъ послѣднихъ не удавалось, такъ какъ инфильтрація захватывала и ближайшую периферію ихъ. Въ этомъ случаѣ скопленія видимо стоятъ въ ближайшей связи съ острою гиперплазіею лимфатическихъ железъ какъ сосѣднихъ, такъ и включенныхъ въ веществѣ слюнныхъ железъ (нѣкоторыя изъ подчелюстныхъ лимфатическихъ железъ имѣли центральныя размягченія). Такое гнѣздное расположеніе клѣтокъ, параллельно и близко къ протокамъ средней величины, напоминаетъ картину, описанную Balzer'омъ и Talamon'омъ [4]) при дифтеритѣ. Но въ большемъ числѣ случаевъ инфильтрація держится сосудовъ, ближайшихъ къ выводнымъ протокамъ. Явленія клѣточныхъ скопленій около сосудовъ при инфекціонныхъ болѣзняхъ были нотированы въ довольно многихъ органахъ. Такъ, Л. Поповъ [5]) находилъ въ мозгу при брюшномъ и сыпномъ тифѣ экскквизитную клѣточную инфильтрацію вокругъ сосудовъ и гангліозныхъ клѣтокъ пирамидальнаго слоя. A. Rosenthal [6]) встрѣчалъ подобное же явленіе при тифѣ, септицеміи, піэміи и другихъ заболѣваніяхъ. При сыпномъ тифѣ Ивановскій [7])

---

1) Ивановскій. Къ патологической анатоміи сыпнаго тифа. Журналъ нормальной и патологич. гистологіи. 1876 г.

2) Л. Поповъ. Объ измѣненіи мышечной ткани при нѣкоторыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ. Медиц. Вѣстн. 1875 г. № 18—20.

3) Пушкаревъ. Патологическая анатомія возвратной горячки. Спб. Дис. 1887.

4) L. c.

5) L. Popoff. Ueber Veränderungen im Gehirn bei Abdominaltyphus und traumatischer Entzündudg. Virch. Arch. 1875. Bd. 63.

6) Centralblatt. f. d. med. Wissensch. 1881. № 20.

7) L. c.

констатируетъ скопленіе грануляціонныхъ клѣтокъ около сосудовъ въ межуточной соединительной ткани печени, почекъ, мышцъ сердца, нервной системы. Въ изслѣдованныхъ нами случаяхъ связать такія скопленія круглыхъ клѣтокъ съ измѣненіями сосудовъ можно только отчасти, по относительной рѣдкости нахожденія заболѣванія послѣднихъ. Свести дѣло на присутствіе внѣ сосудовъ раздражающаго начала въ формѣ патогенныхъ микроорганизмовъ также не приходится, потому что найти таковыхъ въ железахъ, не смотря на тщательные поиски, не удалось. Но отрицать присутствіе въ слюнныхъ железахъ тифозныхъ бациллъ, на основаніи полученныхъ отрицательныхъ результатовъ, разумѣется, еще нельзя, такъ какъ, при отсутствіи бациллъ на срѣзахъ, существованіе ихъ въ какомъ нибудь органѣ можно бываетъ обнаружить иногда путемъ разводокъ, чего мною не примѣнялось. Какъ иногда бываетъ трудно найти бациллъ даже въ такихъ органахъ, гдѣ онѣ встрѣчаются относительно часто (селезенка, брыжжеечныя железы), видно изъ слѣдующихъ словъ Gaffky [1]), много занимавшагося этимъ дѣломъ: «въ нѣкоторыхъ случаяхъ приходилось изслѣдовать громадное число срѣзовъ, пока найденъ былъ первый очагъ, состоящій изъ бациллъ». Въ виду того, что эти микроорганизмы въ разные періоды тифа содержатся въ органахъ въ неодинаковыхъ количествахъ и притомъ довольно трудно окрашиваются, — не мудрено и просмотрѣть ихъ тамъ, гдѣ они лежатъ разбросанно, а не кучами; въ подобныхъ находкахъ трудно, впрочемъ, сдѣлать какое-нибудь заключеніе объ ихъ значеніи. Вообще во всѣхъ приведенныхъ 13-ти случаяхъ не найдено въ слюнныхъ железахъ бациллъ, ни одиночно разбросанныхъ, ни кучами, тогда какъ таковыя несомнѣнно присутствовали въ брыжжеечныхъ железахъ и селезенкѣ (въ нѣкоторыхъ случаяхъ для контроля метода окраски были изслѣдованы брыжжеечныя железы и селезенка, въ которыхъ оказались такія же кучи тифозныхъ палочекъ, какія описаны у Eberth'a и Gaffky). Одинаково отсутствовали въ слюнныхъ железахъ и кокки, за исключеніемъ случая 6, о которомъ будетъ сказано нѣсколько словъ ниже. То обстоятельство, что описанныя мелкоклѣточныя инфильтраціи встрѣчаются преимущественно около сосудовъ, находящихся въ ближайшемъ сосѣдствѣ съ протоками, что лейкоциты, распространяясь по периферіи отъ сосудовъ весьма часто опоясываютъ болѣе или менѣе широкимъ поясомъ самые протоки, инфильтруя ихъ стѣнки, что часть лейкоцитовъ пробирается между цилиндрическимъ эпителіемъ къ просвѣту протоковъ,—все это наводитъ на мысль о томъ, что содержимое протоковъ resp. слюна тифозныхъ оказываетъ на

---

[1]) L. c.

лейкоцитовъ нѣкоторое «привлекающее дѣйствіе» («anlockende Wirkung», «haemotaxis»). Недавно Buchner [1]) опубликовалъ рядъ опытовъ надъ подобнымъ дѣйствіемъ на лейкоциты нѣкоторыхъ бѣлковыхъ веществъ и ихъ дериватовъ: бактерійныхъ протеиновъ, продуктовъ обмѣна тканей животнаго организма и растительныхъ казеиновъ. Съ точки зрѣнія теоріи Gravitz'а [2]), существованіе въ окружности или по близости выводныхъ протоковъ железы во время тифа такого барьера изъ круглыхъ клѣтокъ, должно, пожалуй, признать до извѣстной степени цѣлесообразнымъ, какъ перваго оплота противъ вторженія въ железистую ткань гноеродныхъ микробовъ, проникающихъ, при благопріятныхъ къ тому условіяхъ, именно черезъ выводные протоки, какъ это недавно показалъ Hanau, и что подтверждается и въ нашихъ случаяхъ для брюшнаго тифа (2-я группа). Gravitz говоритъ, что «если размноженіе бѣлыхъ тѣлецъ недостаточно, если вокругъ мѣстопребыванія кокковъ наступаетъ только отекъ, то этимъ создается условіе для распространенія процесса».

Найденное въ нѣсколькихъ случаяхъ 2-й и 3-й недѣли тифа (сл. 2, 4, 9) присутствіе значительнаго количества разсѣянныхъ въ соединительной ткани относительно большихъ лимфоидныхъ круглыхъ или овальныхъ элементовъ, съ блѣдно окрашенною протоплазмою и круглымъ, овальнымъ, иногда бобовиднымъ ядромъ, стоитъ, повидимому, въ соотвѣтствіи съ большимъ противъ обычнаго количествомъ такихъ же элементовъ, замѣчаемыхъ и въ кровеносныхъ сосудахъ, и находится въ зависимости, вѣроятно, отъ большаго содержанія такихъ клѣтокъ при брюшномъ тифѣ въ кровеносной и лимфатической системѣ. Какъ показываютъ изслѣдованія Н. В. Ускова [3]), относительное и даже абсолютное количество такъ называемыхъ переходныхъ и прозрачныхъ элементовъ крови (въ сказанныхъ случаяхъ описанныя у насъ клѣтки весьма сходны съ переходными), при брюшномъ тифѣ увеличено противъ нормы. Полиморфность находимыхъ въ соединительной ткани такихъ клѣтокъ, различныя степени перехода отъ круглыхъ до ясныхъ веретенообразныхъ формъ,—позволяютъ высказать предположеніе объ ихъ участіи въ образованіи молодой соединительной ткани. На ряду съ упомянутыми лимфоидными элементами было замѣтно иногда въ межуточной ткани большее число и соединительно-тканныхъ эндотеліальныхъ клѣтокъ.

Остается упомянуть о встрѣченномъ въ двухъ случаяхъ (сл. 12, 13) довольно обильномъ развитіи соединительной ткани, что въ одномъ изъ нихъ можетъ быть объяснено найденнымъ при вскрытіи сифилисомъ. Такое явленіе въ слюнныхъ железахъ сифилитиковъ,

[1]) Die chemische Reizbarkeit der Leucocyten und deren Beziehung zur Entzündund und Eiterung. Allg. medic. Centralzeitung. 1890. № 97.

[2]) Gravitz. Beitrag zur Theorie der Eiterung. Virch. Arch. 1889. Bd. 116.

[3]) Усковъ. Кровь какъ ткань. Спб. 1890 г.

по изслѣдованіямъ Н. П. Ивановскаго [1]), встрѣчается довольно часто. Въ другомъ случаѣ причина осталась неясною.

Что касается отношенія описанныхъ выше кругло-клѣточныхъ инфильтрацій къ возникновенію гнойныхъ паротитовъ, то ни въ одномъ случаѣ не доводилось видѣть, чтобы эти фокусы клѣточныхъ скопленій могли служить началомъ нагноительнаго процесса въ железахъ; точно также железистый эпителій альвеолъ и протоковъ, не смотря на болѣе или менѣе выраженныя паренхиматозныя измѣненія, не представлялъ при этомъ такихъ рѣзкихъ деструктивныхъ явленій, которыя позволяли бы думать о его окончательной массовой гибели путемъ распаденія въ детритъ. Одинаково нельзя считать за начало паротита и упомянутую равномѣрную во всей железѣ пролиферацію альвеолярнаго эпителія, такъ какъ вмѣстѣ съ этимъ явленіемъ не замѣчалось такихъ регрессивныхъ измѣненій, которыя представляли бы въ какихъ либо отдѣлахъ паренхимы фокусы распада. Только при обильномъ скопленіи лейкоцитовъ въ окружности протоковъ, въ особенности при одновременной острой гиперплязіи включенныхъ лимфатическихъ железъ, возможно иногда допустить частичное сдавленіе нѣкоторыхъ небольшихъ протоковъ и затрудненное изъ нихъ опорожненіе секрета. Этимъ, вѣроятно, и объясняется въ случаяхъ 1, 5, 6 и 11 нахожденіе значительно растянутыхъ небольшихъ выводныхъ протоковъ, съ уплощеннымъ эпителіемъ и съ просвѣтомъ, набитымъ круглыми и эпителіальными клѣтками.

Довольно трудно сказать что нибудь положительное о функціи слюнныхъ железъ при тифѣ по даннымъ микроскопическаго изслѣдованія. Несомнѣнно, что въ различныхъ случаяхъ она неодинакова и скорѣе понижена, чѣмъ нормальна, судя по нерѣдко спавшимся стѣнкамъ протоковъ, по относительной узости полулуній слизистыхъ альвеолъ въ подчелюстныхъ железахъ и чаще болѣе рѣзкому, чѣмъ постепенному отграниченію ихъ отъ слизистыхъ клѣтокъ. Паренхиматозныя измѣненія альвеолярнаго эпителія и катарральныя явленія (хотя и частичныя) въ протокахъ не могутъ, разумѣется, оставаться безъ вліянія на пониженіе дѣятельности железы.

Въ одномъ только случаѣ (6) было бы мыслимо возникновеніе паротита, при условіи болѣе значительнаго скопленія въ лимфатическихъ железахъ, лежащихъ среди околоушной, найденныхъ тамъ кокковъ и проникновенія ихъ оттуда по лимфатическимъ сосудамъ и щелямъ въ межуточную ткань слюнной железы. На такой путь существуютъ указанія, кромѣ упомянутыхъ Balzer'а и Talamon'а. Ziem [2]) высказалъ предположеніе о происхожденіи гнойныхъ паротитовъ вслѣдствіе передачи воспаленія черезъ лимфатическіе пути съ

[1]) Ивановскій. Матеріалы къ ученію о висцеральномъ сифилисѣ 1871. Дисс.
[2]) Ziem. Zur Lehre von der parotitis. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde. 1889. 7.

слизистой оболочки носа при гнойномъ пораженіи послѣдней, ссылаясь на показанія H. Mackenzie[1]) о томъ, что лимфатическіе сосуды носа ведутъ къ области parotidis. Но подобный способъ происхожденія воспаленія parotidis при тифѣ черезъ лимфатическіе пути если и встрѣчается, то, вѣроятно, только въ крайне рѣдкихъ случаяхъ, когда разрушеніе лимфатическихъ железъ и наплывъ гноеродныхъ микроорганизмовъ въ лимфатическую систему достигаютъ развѣ ужь очень высокой степени. Большая же часть (если невсѣ) вторичныхъ паротитовъ происходитъ болѣе прямымъ путемъ.

Вторая группа.

14. Василій Артемьевъ, 24-хъ лѣтъ, Кронштадтской крѣпостной артиллеріи бомбардиръ. Прибылъ въ госпиталь 14-го октября, умеръ 20-го октября 1889 г. Клиническій діагнозъ: typhus abdominalis.

Поступилъ въ госпиталь на 5-й день болѣзни, первыя явленія которой выражались довольно сильнымъ поносомъ и рвотою. По анамнезу больной—potator. Въ первые дни констатировано: разсѣянные катарральные хрипы въ легкихъ, опредѣлимая пальпаціей селезенка, боль въ области слѣпой кишки, обложенный сухой языкъ, головная боль. T° 38,8—40. 16/x. Апатія, бредъ. Пульсъ 108 слабаго напряженія; слабые тоны сердца; вздутый животъ; t° 40—40,2. 17/x. Языкъ чрезвычайно обложенъ и сухъ. Не особенно вздутый животъ; 3 раза жидкій стулъ. Бредъ. На вопросы отвѣчаетъ невнятно. Пульсъ 120, слабый, t° 39,6—39,5. 18/x. Стулъ 4 раза, жидко; t° 38,4—38,7. 19/x. Вздутый животъ; брюшныя мышцы напряжены; 2 раза жидкій стулъ; t° 38,2—38. 20/x. Полное безсознательное состояніе; t° 36. Агонія. Смерть.

Вскрытіе. Исхудалое тѣло. Слизистая оболочка зѣва и гортани темнокраснаго цвѣта. Мышца сердца дрябла, мутна, грязно-сѣраго цвѣта. Оба легкія свободны; въ заднихъ ихъ отдѣлахъ разсѣяны мелкіе ателектатическіе узлы. Въ верхней долѣ лѣваго—узелъ краснаго опеченѣнія величиною съ гусиное яйцо. Остальная ткань легкихъ проходима, переполнена кровью. Селезенка увеличена, ткань ея плотна, темно-вишневаго цвѣта; pulpa легко выскабливается. Корковый слой почекъ нѣсколько набухъ, желторозоваго цвѣта, въ разрѣзѣ тускло-блестящъ. Изъ сосочковъ пирамидъ выдавливается много мутной гноевидной жидкости. Печень немного увеличена, ткань въ разрѣзѣ зерниста, буро-глинистаго цвѣта, довольно плотна, содержитъ много крови. У выхода желудка въ слизистой оболочкѣ малой кривизны многочисленныя точечныя кровоизліянія. Въ подвздошной кишкѣ, на длину 4 аршинъ отъ Баугиніевой заслонки, постепенно усиливаясь по направленію книзу, всѣ солитарныя железы и Пейеровы бляшки мозговидно набухли, окружены широкимъ геморрагическимъ поясомъ; на поверхности ниже лежащихъ Пейеровыхъ бляшекъ поверхностные легко снимаемые струпья, не доходящіе до мышечнаго слоя. Есть и очистившіяся отъ струпьевъ бляшки. Въ слѣпой кишкѣ

[1]) Internation. Centralblatt f. Laryngol. 1889. 10.

мозговидное набуханіе нѣкоторыхъ солитарныхъ мѣшечковъ. Брыжжечныя железы увеличены до размѣра грецкаго орѣха, очень сочны, темно-краснаго цвѣта. Ткань мозга и его оболочекъ безъ особыхъ измѣненій, кромѣ довольно значительной гипереміи. *Epicrisis*: Дольчатая свѣжая фибринозная пневмонія въ верхней долѣ лѣваго легкаго. Умѣренный циррозъ печени. Паренхиматозное набуханіе почекъ. Острая гиперплязія селезенки и брыжжеечныхъ железъ. Тифозное пораженіе и частичный некрозъ лимфатическихъ аппаратовъ подвздошной и частію слѣпой кишки. Typhus abdominalis на 2 недѣлѣ.

Для изслѣдованія оставлены железы съ правой стороны, не представлявшія замѣтныхъ измѣненій.

Подъ микроскопомъ. Parotis d. Альвеолы довольно тѣсно прилегаютъ одна къ другой; контуры ихъ часто неясны. Величина альвеолъ неодинакова,—есть довольно объемистыя. Эпителій часто представляется набухшимъ и по мѣстамъ густо выполняетъ альвеолы; величина эпителіальныхъ клѣтокъ различна: на ряду съ обыкновенными, встрѣчаются и болѣе мелкія; послѣднія лежатъ ближе къ membr. propria. Центральнаго просвѣта альвеолъ не существуетъ. Протоплазма альвеолярнаго эпителія повсюду мутновата, съ едва замѣтною нѣжною зернистостью; крупныя ядра расположены часто безпорядочно; кажется, встрѣчаются и двуядерныя клѣтки, но такъ какъ границы между ними довольно неясны, то утверждать навѣрное о существованіи двухъ ядеръ въ одной клѣткѣ нельзя. По мѣстамъ протоплазма распредѣлена по клѣткѣ неравномѣрно, болѣе скучена вокругъ ядра и разрѣжена по периферіи. Выводные протоки представляютъ слѣдующую картину: крупные и средней величины расширены и сплошь набиты круглыми одноядерными элементами и отчасти отслоившимися эпителіальными клѣтками. Клѣтокъ съ полиморфными ядрами въ просвѣтѣ протоковъ не встрѣчается; точно также мало и клѣточнаго распада. (Фиг. 1). Эпителій такихъ наиболѣе растянутыхъпротоковъ очень уплощенъ, по формѣ подходитъ къ кубическому; но чѣмъ менѣе растяженіе, тѣмъ болѣе сохраняется его цилиндрическая форма. Мелкіе протоки наполнены въ большемъ или меньшемъ размѣрѣ подобнымъ же содержимымъ. Эпителій протоковъ вообще мутноватъ; границы его иногда неясны; мѣстами онъ раздвинутъ круглыми клѣтками, мѣстами выдвигается въ просвѣтъ вслѣдствіе напора со стороны пролиферирующихъ молодыхъ клѣтокъ, мѣстами отслоенъ на значительномъ протяженіи, или только небольшими участками, скопленіемъ круглыхъ клѣтокъ у его основанія. Во многихъ протокахъ у membrana propria существуютъ небольшія полости, съ мелкозернистымъ содержимымъ, блѣдно окрашивающимся эозиномъ. Протоки, расположенные вдоль срѣзовъ, представляются въ формѣ болѣе или менѣе толстыхъ, наполненныхъ клѣтками, интенсивно окрашенныхъ шнурковъ, по краямъ которыхъ параллельно

*

имъ пробѣгаютъ расширенные и наполненные красными кровяными тѣльцами капилляры. Въ меньшемъ числѣ встрѣчаются протоки безъ замѣтнаго растяженія ихъ стѣнокъ. Инфильтрація соединительной ткани, окружающей протоки, мелкими круглыми клѣтками равномѣрно умѣренная; густые фокусы такихъ мелкоклѣточныхъ скопленій, занимающихъ приблизительно $^1/_3$—$^1/_2$ поля зрѣнія (Hartnack сист. 7, ок. 3), относительно рѣдки. Артеріи и вены, ближайшія къ протокамъ, какъ мелкія такъ и болѣе крупныя, умѣренно расширены; часто также и капилляры, какъ сказано, густо наполнены красными кровяными шариками, но на ряду съ послѣдними видны и такіе, которые почти не содержатъ крови; въ послѣднихъ ядра эндотелія немного утолщены, но сохраняютъ веретенообразную форму. Во многихъ соединительно-тканныхъ перекладинахъ между слегка раздвинутыми волокнами разсѣяны экстравазаты красныхъ кровяныхъ шариковъ, мелкіе лейкоциты и значительное количество крупныхъ овальныхъ и круглыхъ клѣтокъ съ блѣдною протоплазмою; всѣ эти элементы въ большемъ количествѣ замѣчаются въ окружности сосудовъ.

Submaxill. dextra. Очертанія альвеолъ и содержащихся въ нихъ клѣтокъ ясны. Протоплазма эпителія менѣе мутна, чѣмъ въ parotis, нѣжно зерниста; клѣточныя ядра окрашиваются интенсивно. Въ нѣкоторыхъ альвеолахъ замѣтенъ центральный просвѣтъ. Встрѣчаются альвеолы, увеличенныя въ объемѣ и съ большимъ содержаніемъ клѣтокъ. Слизистые элементы прозрачны, съ маленькими рѣзко контурированными ядрами, лежащими у периферіи альвеолъ. Полулунія узки и въ небольшомъ количествѣ. Эпителій выводныхъ протоковъ сохраняетъ по большей части свои цилиндрическія очертанія и представляетъ видимую пролиферацію; разростающіяся у основанія молодыя клѣтки выдвигаютъ лежащія надъ ними къ просвѣту протока. Между эпительными клѣтками встрѣчаются и лейкоциты. Просвѣтъ протоковъ свободенъ, или умѣренно выполненъ зернистыми, не окрашивающимися ядерными красками, скопленіями, среди которыхъ встрѣчается немного отслоенныхъ клѣтокъ эпителія и нѣсколько круглыхъ элементовъ. Инфильтрація соединительной ткани круглыми клѣтками вокругъ протоковъ неравномѣрна: около однихъ скопленія грануляціонныхъ элементовъ обильны, вблизи другихъ умѣренны, а около иныхъ и совсѣмъ нѣтъ. Иногда мелкія клѣтки группами встрѣчаются между membr. propria и цилиндрическимъ эпителіемъ протоковъ, который въ такихъ случаяхъ приподнятъ къ просвѣту. Въ широкихъ соединительно-тканныхъ пространствахъ среди волоконъ разсѣяно вмѣстѣ съ мелкими много и крупныхъ элементовъ (иногда въ родѣ эпителіоидныхъ) съ однимъ большимъ, рѣже съ 2-мя

ядрами. По формѣ они представляютъ всѣ степени перехода отъ круглыхъ къ веретенообразнымъ и въ относительно большемъ количествѣ встрѣчаются вблизи сосудовъ, а также и въ просвѣтѣ послѣднихъ. Вены умѣренно расширены.

Окраска на микроорганизмы дала отрицательные результаты для обѣихъ железъ.

15. Аркадій Егоровъ, 13 лѣтъ, мѣщанинъ. Поступилъ въ Александровскую барачную больницу 14-го января, умеръ 21-го января 1890 г. Клиническій діагнозъ: Ileo-typhus. Осложненія: albuminuria; bronchitis; (peritonitis?).

Считаетъ себя больнымъ уже около 2-хъ мѣсяцевъ: слабость, головная боль, жаръ, иногда рвота и все время поносъ съ болью въ животѣ. Передъ поступленіемъ въ Александровскую больницу пробылъ 5 дней въ Обуховской. Stat. praesens: Умѣреннаго тѣлосложенія и достаточнаго питанія. Селезенка и печень увеличены, послѣдняя очень чувствительна, равно и правая подвздошная область. Чистые тоны сердца; частый средней силы пульсъ. Везикулярное дыханіе. Слѣды бѣлка. Рѣзко выраженный status typhosus; t° 40—38,9. 15 и 17/I. Сильная болѣзненность живота, особливо въ обѣихъ подвздошныхъ областяхъ; status typhosus; головная боль; по ночамъ бредъ. Жидкія испражненія 3—4 въ сутки. Малый учащенный пульсъ. Печень и селезенка мягки, немного выходятъ заостренными краями изъ подъ реберъ, болѣзненны. Гиперемія лица. Сухой красный, желтовато-обложенный языкъ. Въ мочѣ немного бѣлка. T° утренняя около 38,5, вечерняя 38,7. 18/I. Болевая чувствительность кожи сильно повышена. Унылый взглядъ. Остальныя явленія безъ перемѣнъ; t° 36,5—38,7. 19/I. Самочувствіе лучше. Животъ чувствителенъ; стулъ 3 раза жидкій. Слабо выраженный ціанозъ. Справа бронхитъ; t° 36,5—37,5. 20/I. Сильная болѣзненность живота; 5 жидкихъ испражненій. Обложенный языкъ. Въ мочѣ слѣды бѣлка; t° 37,7—39. 21/I. Болѣзненность живота по прежнему. Страдальческій взоръ. Жидкія испражненія подъ себя. Сухой языкъ съ желтоватымъ налетомъ. Нитевидный пульсъ, ціанозъ. Отдѣльные тоны сердца неразличимы. Смерть.

Вскрытіе. Значительно истощенное тѣло. Сердце нормальнаго объема; жиру немного; стѣнки его утончены; мускулатура блѣдна, плотна. Оба легкія свободны, плохо спались. Селезенка увеличена; ткань темно-вишневаго цвѣта, не выскабливается, довольно плотна; мальпигіевы тѣла видны. Свободный конецъ большаго сальника красно-розоваго цвѣта. Печень слегка увеличена; ткань плотна, мѣстами дрябла, малокровна, съ желто-сальнымъ оттѣнкомъ; дольки видны, выстоятъ. Капсула съ почекъ снимается расщепляясь; ткань въ высокой степени плотна, блѣдно-краснаго цвѣта. Нижній задній участокъ верхней доли и верхній участокъ нижней доли праваго легкаго непроходимы, краснаго цвѣта съ сѣроватымъ оттѣнкомъ. Остальная часть этого легкаго, равно какъ и другаго, проходима, богата кровью. Въ нижнемъ отдѣлѣ тонкихъ кишекъ, на протяженіи 175 см., на мѣстахъ Пейеровыхъ бля-

шекъ и нѣкоторыхъ солитарныхъ железъ, язвы до 2,5 см. въ діаметрѣ, съ толстыми краями, проникаютъ почти до серознаго слоя и съ желтыми клочьями распада по дну. Солитарныя железы почти на протяженіи всѣхъ толстыхъ кишекъ увеличены, мягки, красноваты. Брыжжеечныя железы увеличены до миндальнаго орѣха, желтовато-розоваго цвѣта, дряблы. *Анатомическій діагнозъ*: Ileo-typhus 3-я недѣля; pneumonia catarrh. dextra; nephritis interstitialis chr.

Взяты для изслѣдованія железы parotis и submaxill. съ лѣвой стороны. Первая не представляла ничего ненормальнаго; во второй поверхность разрѣза сплошнаго розовато-вишневаго цвѣта, безъ какихъ либо отдѣльныхъ по цвѣту фокусовъ.

Микроскопическое изслѣдованіе. Parotis sin. Контуры альвеолъ ясны. Границы между клѣтками альвеолярнаго эпителія различаются неявственно. Просвѣта альвеолъ невидно. Клѣточная протоплазма мутна, зерниста, распредѣлена по клѣткамъ не вездѣ равномѣрно, скучиваясь ближе къ ядру. Такъ же неясны контуры клѣтокъ цилиндрическаго эпителія протоковъ. Въ просвѣтѣ протоковъ немного зернистаго неокрашивающагося содержимаго, среди котораго встрѣчается по нѣскольку мелкихъ круглыхъ клѣтокъ съ полиморфными ядрами; такія же изрѣдка видны между клѣтками цилиндрическаго эпителія и у его основанія. Эпителій протоковъ иногда частично отслоенъ; просвѣтъ нерасширенъ. По ходу сосудовъ, въ ихъ периферіи, мѣстами скопленія мелкихъ круглыхъ клѣтокъ. Въ соединительной ткани разсѣяно довольно много крупныхъ лимфоидныхъ клѣтокъ круглаго или овальнаго очертанія; такія же клѣтки часто встрѣчаются по нѣскольку и въ просвѣтѣ сосудовъ, преимущественно венъ. Артеріальная система сравнительно пуста, венозная умѣренно наполнена кровью. Какихъ либо микроорганизмовъ окраскою на срѣзахъ не обнаружено.

Submaxill. sinistra. При маломъ увеличеніи видно много разсѣянныхъ по железѣ кругловатыхъ гнѣздъ изъ мелкихъ зернышекъ съ рѣзкою окраскою въ центрѣ, которая постепенно теряетъ свою интенсивность по мѣрѣ удаленія къ периферіи и иногда незамѣтно сливается съ блѣдною окраскою частей железы, которыя не содержатъ такихъ гнѣздъ, или же послѣдніе отдѣлены отъ окружающей ихъ железистой ткани болѣе рѣзкою границею. При большемъ увеличеніи (ок. 3, сист. 7, Hartnack) эти гнѣзда представляютъ или вполнѣ, или на половину разрушенные участки железы; центръ разрушенія—выводные протоки всѣхъ величинъ. Подвергнувшіеся разрушительному процессу участки составляютъ въ общемъ половину всей железы. Лежащая между этими гнѣздами ткань железы, оставшаяся нетронутою, представляетъ всѣ нормаль-

ныя свойства: ясно различимыя бѣлковыя и слизистыя дольки немного увеличены въ объемѣ; во многихъ изъ нихъ сохраненъ центральный просвѣтъ; контуры альвеолярнаго эпителія явственны; расположеніе клѣтокъ правильное; клѣточная протоплазма въ бѣлковыхъ альвеолахъ умѣренно равномѣрно-зерниста; довольно крупныя ядра лежатъ у периферіи альвеолъ. Полулунія узки, рѣзко отграничены отъ слизистыхъ клѣтокъ. Выводные протоки, кромѣ ихъ умѣреннаго растяженія, не обнаруживаютъ ничего ненормальнаго. Но и среди такихъ уцѣлѣвшихъ участковъ встрѣчаются выводны протоки уже сильнѣе расширенные; эпителій ихъ кубической или еще болѣе плоской формы; просвѣтъ болѣе или менѣе густо набитъ круглыми клѣтками, часто съ полиморфными ядрами, и разной величины и формы обломками клѣточныхъ ядеръ; въ стѣнкахъ и периферіи такихъ протоковъ замѣтна круглоклѣточная инфильтрація, иногда обильная; сосѣдніе сосуды расширены, содержатъ много безцвѣтныхъ круглыхъ одноядерныхъ или съ полиморфными ядрами тѣлецъ. Ближайшіе альвеолы въ умѣренной степени пронизаны круглыми клѣтками или ядерными обломками. Части, болѣе подвергнувшіяся разрушительному процессу, имѣютъ такой видъ: выводные протоки растянуты до maximum'а, эпителій ихъ сглаженъ до степени почти плоскаго, мѣстами разрушенъ. (Фиг. 2 и 3). Просвѣтъ сплошь набитъ массою клѣтокъ, распада ихъ ядеръ и протоплазмы; среди этой массы лежатъ различной величины кучи, очень рѣзко окрашивающіяся ядро-красящими веществами и состоящія изъ круглыхъ маленькихъ зернышекъ. Изолированно окрашенныя, кучи эти при большомъ увеличеніи (Zeiss, об. 2, ок. 4, маслян. иммерс.) оказываются состоящими изъ кокковъ одинаковой величины. Въ просвѣтѣ протоковъ кучи расположены чаще плотно примыкающими къ стѣнкамъ протоковъ въ формѣ отдѣльныхъ гнѣздъ или кольцеобразно, рѣже лежатъ въ просвѣтѣ въ отдаленіи отъ стѣнокъ; встрѣчаются протоки сплошь выполненные микрококками. Вокругъ протоковъ, на большемъ или меньшемъ протяженіи—такой же распадъ, что и въ просвѣтѣ ихъ; немного далѣе къ периферіи начинаютъ встрѣчаться среди распада островки уцѣлѣвшихъ железистыхъ альвеолъ, которые по мѣрѣ удаленія отъ гнѣзда выступаютъ яснѣе и часто отдѣлены одна отъ другой или отъ сосѣднихъ группъ полосками соединительной ткани, густо пронизанной лейкоцитами. Въ еще болѣе разрушенныхъ участкахъ очертанія центральнаго протока, отъ котораго распространяется процессъ, можно бываетъ узнать только по узкому соединительно-тканному кольцу и по расположенію кокковъ, которые по большей части плотно прилегаютъ къ стѣнкамъ протоковъ и удерживаютъ это расположеніе даже и въ томъ случаѣ, когда стѣнка уже вполнѣ разрушена. Все

остальное въ такомъ гнѣздѣ и въ ближайшей его периферіи представляетъ кучу распада. Тамъ, гдѣ процессъ не дошелъ еще до полной стадіи разрушенія, замѣтно, что въ мѣстахъ прилеганія кокковъ къ эпителію, послѣдній оказывается большею частію разрушеннымъ, тогда какъ въ томъ же протокѣ онъ сохраненъ въ тѣхъ частяхъ, гдѣ кокки отсутствуютъ. Иногда черезъ разорванную стѣнку протока кокки какъ бы вдвигаются въ окружающія части. Количество ихъ вообще уменьшается по мѣрѣ развѣтвленія протоковъ, но въ незначительномъ числѣ они встрѣчаются и въ просвѣтѣ слизистыхъ альвеолъ и первоначальныхъ ходовъ. Выводные протоки болѣе широкіе, проходящіе среди широкихъ участковъ соединительной ткани, разграничивающей отдѣльныя доли, представляются наиболѣе пострадавшими. Вокругъ нихъ соединительная ткань пронизана широкимъ кольцомъ такого же клѣточнаго распада и лейкоцитами, при чемъ, по мѣрѣ приближенія межуточной ткани къ железистой, распада становится все меньше, а цѣльныхъ неразрушенныхъ лейкоцитовъ больше; на самой границѣ этихъ двухъ тканей проходятъ обыкновенно расширенные сосуды, набитые безцвѣтными круглыми клѣтками, имѣющими круглыя или полиморфныя ядра; такія отграничивающія полосы расширенныхъ сосудовъ и клѣточныхъ скопленій по ихъ периферіи задерживаютъ, повидимому, непосредственный переходъ процесса съ соединительной ткани на железистую,—по крайней мѣрѣ пограничныя альвеолы не кажутся измѣненными. Но по болѣе тонкимъ соединительно-тканнымъ вѣтвямъ разрушительный процессъ иногда переходитъ съ пораженныхъ широкихъ соединительно-тканныхъ участковъ въ глубь железы, и тогда железистыя альвеолы вовлекаются въ процессъ, такъ сказать, болѣе отдаленнымъ путемъ, при цѣлости ближайшихъ къ нимъ выводныхъ протоковъ. Чаще, впрочемъ, железистая ткань страдаетъ отъ послѣднихъ. Въ тѣхъ соединительно-тканныхъ полосахъ, гдѣ проходящіе въ нихъ протоки потерпѣли меньшее разрушеніе, соединительная ткань оказывается усѣянною красными кровяными шариками, лейкоцитами и отчасти болѣе крупными лимфоидными элементами. Встрѣтить въ какихъ либо отдѣлахъ сосудистой системы скопленія микроорганизмовъ не удавалось. Въ общемъ картина представляетъ множество мелкихъ изолированныхъ абсцессовъ, съ воспалительною реакціей по периферіи ихъ. Разсѣяны они болѣе въ паренхимѣ железы (но встрѣчаются, какъ сказано, и въ широкихъ перекладинахъ соединительной ткани), имѣя центромъ разной величины выводные протоки, набитые кокками. Степень разрушенія ткани въ каждомъ отдѣльномъ фокусѣ соотвѣтствуетъ, повидимому, количеству микроорганизмовъ. Что касается до рода послѣднихъ, то, по величинѣ и формѣ, они

не имѣютъ какой нибудь разницы отъ обычнаго staphyloc. pyogenes. Изрѣдка встрѣчались въ протокахъ кокки, расположенные цѣпочками по 4—5 въ рядъ. Культуръ не производилось.

16. Ольга Архипова, 16 лѣтъ, крестьянка, фабричная. Поступила въ Александровскую барачную больницу 21-го іюля, умерла 1-го августа 1890 г. Клиническій діагнозъ: Ileo-typhus. Осложненія: pneumonia catarrhalis; parotitis.

Поступила въ больницу на 8-й день болѣзни. Первыя явленія: ознобъ, жаръ, боль въ животѣ, поносъ. St. praes: умѣреннаго тѣлосложенія, хорошо упитана, блѣдна. Обложенный языкъ. Острая боль подъ ложечкой. Печень и селенка прощупываются и немного болѣзнены. Боль въ правой подвздошной области. Мягкій полный пульсъ. Въ мочѣ немного бѣлка. T°39,4—40,7. Теченіе болѣзни съ 21 по 25/vII: status typhosus, сильная глухота, бредъ. Жидкія испражненія не часты, животъ вздутъ. Учащенное поверхностное дыханіе. Въ груди много хриповъ. Сухой языкъ; очень блѣдное лицо. Съ 25 по 30/vII: слабый, малый, дикротичный пульсъ. Общая слабость усиливается; выраженный status typhosus; сознаніе подавлено. Подъ лѣвой лопаткой субкрепитація и уменьшеніе звучности. Языкъ влажный, сильно обложенъ. Животъ вздутъ. Чистыя жидкія испражненія подъ себя. 30/vII. Животъ въ области печени и селезенки очень болѣзненный. На лѣвомъ предплечьи и груди появились мелкіе кровоподтеки до 1 линіи въ діаметрѣ; мѣстами на груди расположены группами. Лѣвая щека красна. По правой лопаткѣ притупленіе тона, но хриповъ за ослабленіемъ дыханія не слышно. 31/vII. Тоны сердца и пульсъ слабы. Животъ вздутъ, языкъ влаженъ; по туловищу и предплечью мелкія кровоизліянія. Подъ правымъ ухомъ появилась болѣзненная припухлось. 1/vIII. Опухоль подъ правымъ ухомъ увеличивается. Слабый пульсъ. T°42,4. Смерть.

Вскрытіе. Хорошо развитое тѣло. Въ полости pericardii около столовой ложки чистой серозной жидкости. Сердце немного увеличено въ поперечникѣ, по бороздамъ умѣренное отложеніе жира; мускулатура блѣдна, довольно дрябла; въ полостяхъ умѣренное количество жидкой крови. По краю средняго клапана аорты маленькая продольная экскоріація. Оба легкія свободны, плохо спались. Ткань всюду проходима для воздуха, въ верхнихъ доляхъ малокровна, въ нижнихъ богата кровью, отечна. Селезенка неправильно удлиненной формы; ткань ея блѣдно-вишневаго цвѣта, дрябла, крупно-зерниста; пульпа выскабливается свободно; мѣстами замѣчаются трабекулы и мальпигіевы тѣла. На периферіи тотчасъ подъ капсулой старый бѣловатаго цвѣта инфарктъ, величиною съ горошину. Капсула съ почекъ снимается свободно, ткань сѣроватаго цвѣта, мѣстами дряблѣе нормальной. Въ лѣвой почкѣ тотчасъ подъ капсулой клиновидный бѣлаго цвѣта инфарктъ, величиною съ бобъ. Ткань печени малокровна, глинистаго цвѣта, дрябла; границы долекъ не различаются. Мѣстами на слизистой оболочкѣ желудка маленькія точечныя кровоизліянія. Въ тонкихъ кишкахъ Пейеровы бляшки, на протяженіи 180 см., отступя 15 см. отъ valv. Bauhinii, набухли, гиперемированы, разрыхлены. Со-

литарныя железы тоже увеличены до булавочной головки, бѣловаго цвѣта, плотны. Брыжжеечныя железы увеличены, въ разрѣзѣ сѣрокраснаго цвѣта, очень дряблы. Въ продольной пазухѣ твердой мозговой оболочки темнокрасный рыхлый сгустокъ крови. Pia отдѣляется свободно, сильно отечна; въ бѣломъ веществѣ мозга много расплывающихся кровяныхъ точекъ. Сѣрое вещество большихъ узловъ умѣренно гиперемировано. Правая parotis инфильтрована, плотна, подкожная клѣтчатка отечна; слѣва тѣ же явленія, но въ значительно меньшей степени. *Epicrisis*: Ileo-typhus начала 3-й недѣли. Nephritis et hepatitis parenchimatosa. Parotitis duplex.

Оставлены для изслѣдованія железы съ лѣвой стороны. Какъ gl. parotitis, такъ и submaxillaris увеличены въ объемѣ, на разрѣзѣ мраморнаго вида, представляютъ мозаику сѣровато-бѣлыхъ участковъ, величиною съ горошину, окруженныхъ темнокрасными ободками.

Микроскопическое изслѣдованіе. Parotis et submax. s. При описаніи микроскопической картины обѣихъ пораженныхъ железъ пришлось бы повторить все то, что сказано относительно gl. submaxillaris предъидущаго случая. Добавить придется немногое. Гнойный процессъ въ околоушной железѣ даннаго случая зашелъ нѣсколько дальше, чѣмъ въ подчелюстной железѣ случая 15-го; уцѣлѣвшей ткани встрѣчается уже гораздо меньше; гнѣзда значительнаго объема разрушенной желѣзистой ткани рѣзко замѣтны на препаратѣ невооруженнымъ глазомъ. Находящіяся въ центрѣ этихъ фокусовъ выводные протоки иногда еще позволяютъ узнать ихъ очертанія; но чаще трудно бы было сказать, какая составная часть железы послужила исходнымъ пунктомъ разрушенія, если бы не встрѣчались протоки, сохранившіе свою структуру и наполненные кучами кокковъ. Послѣдніе одиночно разсѣяны и въ паренхимѣ железы, и въ соединительной ткани. Соединительно-тканныя волокна широко раздвинуты обильными экстравазатами, состоящими изъ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, къ которымъ примѣшано умѣренное количество гнойныхъ клѣтокъ. Подчелюстная железа даннаго случая представляетъ болѣе начальный стадій подобнаго же пораженія, чѣмъ parotis.

Въ случаяхъ первой группы мы уже встрѣчались нѣсколько разъ съ явленіями ненормальнаго растяженія стѣнокъ выводныхъ протоковъ, но тамъ это касалось только немногихъ вѣточекъ какой-нибудь одной небольшой системы протоковъ; только въ случаѣ 11 найдены расширенными почти всѣ протоки, но безъ распространенныхъ катарральныхъ явленій. Во всѣхъ трехъ случаяхъ послѣдней группы измѣненія въ этомъ отношеніи достигаетъ крайняго выраженія съ количественной и качественной стороны. Здѣсь мы видимъ

на ряду съ растяженіемъ просвѣта большинства выводныхъ каналовъ рѣзко выраженный катарръ ихъ оболочекъ. Въ первомъ изъ этихъ случаевъ (14) такія явленія не могли быть поставлены въ очевидную зависимость отъ присутствія въ протокахъ патогенныхъ микроорганизмовъ; быть можетъ, и даже вѣроятно, таковыя находились въ самыхъ крупныхъ вѣтвяхъ, близкихъ къ duct. Stenon., только не достигли болѣе мелкихъ развѣтвленій ихъ. Подобное предположеніе находитъ себѣ поддержку въ находкахъ такихъ же микроскопическихъ картинъ двухъ послѣднихъ случаевъ, гдѣ, при несомнѣнномъ присутствіи кокковъ въ какомъ нибудь протокѣ, въ сосѣднихъ болѣе мелкихъ вѣтвяхъ были рѣзко выраженныя явленія катарра, а микроорганизмы отсутствовали. Въ послѣднихъ двухъ случаяхъ (сл. 15 и 16) гнойный катарръ выводныхъ протоковъ и послѣдующія явленія разрушительнаго процесса въ самой железистой ткани находятся въ очевидной связи со скопищами кокковъ въ просвѣтѣ выводныхъ ходовъ. Прежде всего является вопросъ, какія измѣненія въ каналахъ железы вызываетъ задержка выведенія слюны вслѣдствіе препятствія въ устьѣ или на протяженіи главнаго выводнаго протока. Экспериментальныя изслѣдованія Arnozan'а и Vaillard'а [1]) даютъ на это точный отвѣтъ: «первое, что происходитъ вслѣдъ за перевязкою Стенонова протока, это— растяженіе выводныхъ лобарныхъ и лобулярныхъ каналовъ, которое скоро переходитъ и на собирательные канальцы. Повсюду, гдѣ существуетъ расширеніе, можно наблюдать катарральное состояніе внутренней поверхности протока: пролиферацію эпителіальныхъ клѣтокъ, которыя разростаются въ нѣсколько слоевъ, и десквамацію клѣтокъ, отпадающихъ въ просвѣтѣ канала». Слѣдуетъ полагать поэтому, что наблюдавшееся въ изслѣдованныхъ нами случаяхъ (тамъ, гдѣ патогенные микроорганизмы отсутствовали) растяженіе протоковъ съ катарральными явленіями въ нихъ, захватывающее или отдѣльные участки, или всю железу, должно быть отнесено на счетъ застоя въ нихъ содержимаго. Такъ какъ подобное растяженіе каналовъ было постояннымъ явленіемъ и въ послѣднихъ двухъ случаяхъ гнойнаго воспаленія железъ, то слѣдуетъ признать съ большою вѣроятностью, что задержка выведенія секрета resp. застой слюны является однимъ изъ первыхъ моментовъ происхожденія гнойныхъ паротитовъ. На это обстоятельство указывалось ранѣе уже многими авторами. Разъ подобное явленіе возникаетъ, этимъ дается весьма благопріятная почва для размноженія гнойныхъ микроорганизмовъ въ застоявшейся жидкой средѣ. Постоянное присутствіе громадныхъ кучъ кокковъ

[1]) Des altérations produites dans la glande parotide par la ligature du canal excréteur. Bulletins de la société anatomique de Bordeaux. t. II. Цит. по Revue des sciences méd. 1883.

именно въ просвѣтѣ протоковъ указываетъ прямо на то, что они тутъ и размножаются. Сравненіе картины, полученной нами при гнойномъ воспаленіи железъ, съ описаніями и рисунками этого же процесса, наблюдавшагося Hanau [1]) при разныхъ тяжелыхъ общихъ заболѣваніяхъ, показываетъ полное тождество явленій. Постепенный ходъ воспаленія съ крупныхъ протоковъ на болѣе мелкія вѣтви, усиленіе процесса соотвѣтственно большему содержанію кокковъ въ просвѣтѣ слюнныхъ ходовъ, отсутствіе въ сосудистой системѣ изслѣдованныхъ железъ эмболій, или «эндотеліальныхъ микозовъ»,—говоритъ въ пользу одинаковости происхожденія паротитовъ какъ при брюшномъ тифѣ, такъ и при другихъ тяжелыхъ острыхъ и хроническихъ болѣзняхъ, т. е. и при брюшномъ тифѣ процессъ имѣетъ анатомически восходящій характеръ вслѣдствіе мѣстнаго вторичнаго зараженія изъ полости рта. Происхожденіе тифозныхъ паротитовъ путемъ метастатическимъ остается предположеніемъ, хотя и вполнѣ допустимымъ, но никѣмъ, сколько извѣстно, до сихъ поръ недоказаннымъ. Помимо отсутствія доказательства его путемъ положительныхъ находокъ, это предположеніе имѣетъ много противъ себя и косвенныхъ соображеній: такъ, часто наблюдаютъ общую піэмію съ метастатическими обсцессами во внутреннихъ органахъ,— печени, селезенкѣ, почкахъ, легкихъ и т. д., безъ всякихъ паротитовъ; съ другой стороны извѣстно много случаевъ гнойныхъ воспаленій слюнныхъ железъ при отсутствіи прочихъ явленій общаго зараженія организма; появленіе паротитовъ даже вмѣстѣ съ общимъ піэмическимъ или септическимъ зараженіемъ еще не доказываетъ ихъ метастатическаго происхожденія. Указаніе Dunin'a [2]) на присутствіе въ крови гноеродныхъ кокковъ у тифознаго больнаго, пораженнаго паротитомъ, какъ доказательство метастаза въ parotis, мало убѣдительно, ибо микроскопическаго изслѣдованія пораженной железы не было произведено. Между прочимъ, въ одномъ изъ нашихъ случаевъ (сл. 11), гдѣ были найдены гнойники въ кожѣ и во внутреннихъ органахъ, слюнная околоушная железа была на пути къ паротиту, но только идущему съ другой стороны,—именно отъ очень растянутыхъ слюннымъ секретомъ и частично пораженныхъ рѣзкимъ катарромъ выводныхъ протоковъ; недоставало въ просвѣтѣ послѣднихъ присутствія микроорганизмовъ, чтобы начался разрушительный процессъ на подготовленной почвѣ. Аналогичныхъ воспалительныхъ процессовъ, анатомически восходящихъ по выводнымъ каналамъ въ самое вещество железистаго органа, существуетъ въ организмѣ довольно много. Не останавливаясь на нихъ, упомяну только объ

---

[1]) Hanau. l. c.
[2]) Dunin. l. c.

экспериментальномъ изслѣдованіи д-ра Земблинова [1]), выяснившаго условія происхожденія піэлонефрита съ мочеваго пузыря, слѣдовательно восходящимъ путемъ (вслѣдствіе ряда комбинированныхъ движеній въ мочеточникахъ), и опытахъ Высоцкаго [2]), который легкими втираніями чистыхъ культуръ гноероднаго кокка въ неповрежденную кожу предплечія вызвалъ образованіе множественныхъ фурункуловъ въ кожныхъ железахъ и лимфангоитъ на мѣстѣ втиранія.

Если разсматривать тифозные паротиты какъ чисто мѣстную вторичную инфекцію гноеродными микроорганизмами со стороны полости рта, то необходимо допустить для ихъ возникновенія наличность двухъ условій: 1) присутствіе гноеродныхъ микрококковъ въ полости рта и 2) полную пріостановку секреціи или выведенія слюны, т. е. болѣе или менѣе полный стазъ слюнной жидкости. При отсутствіи одного изъ этихъ условій возникновеніе паротитовъ сказаннымъ путемъ, кажется, невозможно. Попытаемся ближе разобрать эти условія.

Со времени заявленія Gaglio и di Mattei [3]) о томъ, что человѣческая слюна, будучи прокипяченною, не оказываетъ почти никакого ядовитаго дѣйствія, а обнаруживаетъ таковое только вслѣдствіе примѣсей изъ полости рта, многіе занялись поисками патогенныхъ микроорганизмовъ, имѣющихъ осѣдлость въ полости рта у здоровыхъ и больныхъ людей. Были найдены у тѣхъ и другихъ pneumococcus, streptococcus pyogenes, staphylococcus pyog. aureus et albus и др. Изъ работъ, относящихся сюда, можно указать на изслѣдованія Miller'a [4]) и Netter'a [5]). Оба автора находили гноеродныхъ кокковъ чаще у больныхъ, чѣмъ у здоровыхъ. Такъ, по Netter'у strept. pyog. при гнойномъ плевритѣ и гнойномъ артритѣ встрѣчается вь полости рта въ 50—100% всѣхъ такихъ случаевъ, тогда какъ у здоровыхъ только въ 5%. Staphyl. pyog. aureus встрѣчается довольно рѣдко: Netter'омъ онъ найденъ 7 разъ въ 127 случаяхъ нагноительныхъ процесовъ, и много рѣже во рту здоровыхъ людей; также рѣдко находилъ его и Vignal [6]). Всѣ, занимавшіеся изслѣдованіемъ микроорганизмовъ полости рта, утверждаютъ, что нарушенія цѣлости слизистой оболочки рта, глотки и дыхательныхъ путей должны часто вести къ мѣстнымъ или общимъ заболѣваніямъ въ зависимости отъ

---

[1]) Земблиновъ. Къ патологіи бактерійнаго восходящаго нефрита. 1883. СПБ. Дисс.

[2]) Н. Высоцкій. О причинахъ острыхъ нагноеній. Мед. Обозр. т. XXVII.

[3]) Centralblatt f. klin. Med. 1883, стр. 268. Реф.

[4]) Miller. Die Microorganismen der Mundhöhle. Leipzig. 1889.

[5]) Netter. Microbes pathogènes contenus dans la bouche de sujets sains, maladies qu'ils provoquent. Revue d'hygiène. 1889. XI.

[6]) Vignal. Recherches sur les microorganismes de la bouche. Arch. de physiol. 3S. VIII.

присутствія тамъ патогенныхъ микробовъ. Нѣкоторыя специфическія ангины открываютъ легкій путь для стрептококка, котораго напр. находили въ крови скарлатинозныхъ. Въ особенности общія болѣзни благопріятствуютъ подобному вторичному зараженію, приготовляя для этого какъ тотъ органъ, черезъ который входитъ инфекція, такъ и самый организмъ. Но помимо присутствія въ большемъ или меньшемъ количествѣ въ полости рта гноеродныхъ микроорганизмовъ, какъ условія мѣстнаго зараженія, возможность заболѣванія колеблется еще оттого, что болѣзнетворныя свойства однихъ и тѣхъ же кокковъ неодинаковы во всѣхъ случаяхъ, на что указываетъ Netter и что подтверждается экспериментальными изслѣдованіями Буржинскаго [1]) для золотистаго гроздекокка. Слѣдовательно, первое условіе для возникновенія паротитовъ—присутствіе гноеродныхъ микробовъ въ полости рта тифозныхъ больныхъ,—встрѣчаясь, вѣроятно, во многихъ случаяхъ, не всегда, однакожь, можетъ быть на лицо. Съ этой стороны паротиты инфекціонныхъ болѣзней должны являться, при прочихъ равныхъ условіяхъ, тѣмъ чаще, чѣмъ больше гноеродныхъ возбудителей находится въ атмосферѣ и вообще въ обстановкѣ, окружающей больнаго, а слѣдовательно и въ его полости рта, и чѣмъ эти микроорганизмы дѣятельнѣе. Статистика тифозныхъ паротитовъ Fremmert'а [2]), какъ кажется, подтверждаетъ это предположеніе. Осложненіе появлялось въ больницѣ чаще въ лѣтніе мѣсяцы и почти совпадало, немного только отставая, съ увеличеніемъ общаго числа тифозныхъ больныхъ и, слѣдовательно, съ большею ихъ скученностью, что естественно неизбѣжно влечетъ за собою засореніе воздуха и вѣроятное наростаніе въ немъ содержанія гноеродныхъ кокковъ. По упомянутому ранѣе отчету Butz'а [3]) появленіе тифозныхъ паротитовъ совпадало по времени съ увеличеніемъ числа флегмонъ и рожистыхъ воспаленій. Уменьшеніе паротитовъ, замѣченное Либермейстеромъ съ того времени, какъ было введено леченіе тифозныхъ больныхъ ваннами, можетъ быть отчасти также сведено на связанное съ этимъ методомъ леченія появленіе большей чистоты въ обстановкѣ больнаго.

Другое условіе происхожденія гнойныхъ паротитовъ—болѣе или менѣе полный стазъ слюны—слѣдуетъ допустить въ силу того соображенія, что движущаяся по Стенонову каналу жидкость неизбѣжно будетъ вымывать всѣхъ попадающихъ туда кокковъ и не дастъ имъ возможности расплодиться до такой степени, чтобъ они заполнили всѣ вѣтви выводныхъ протоковъ железы. Первымъ моментомъ,

---

[1]) Буржинскій. О болѣзнетворныхъ свойствахъ гроздевиднаго златококка у животныхъ. Врачъ. 1889. № 46—48.

[2]) Fremmert. l. c.

[3]) Butz. l. c.

благопріятствующимъ застою слюны въ главныхъ выводныхъ протокахъ, должно признать уменьшенную иногда до высокой степени секрецію слюны у тифозныхъ. Что продукція слюны у лихорадящихъ больныхъ сильно понижена, это—фактъ общепризнанный. Въ лихорадочныхъ болѣзняхъ Mosler [1]) могъ получать большею частію только ничтожное количество жидкости parotidis (черезъ канюлю, вставленную въ отверстіе ducti Sten., при чемъ слизистая оболочка рта раздражалась уксусомъ, сахаромъ и др. веществами, усиливающими секрецію); получаемая при этомъ слюна была измѣнена и качественно—она показывала кислую реакцію. Въ иныхъ случаяхъ Mosler не получалъ даже ни капли секрета.

Связанное съ паденіемъ продукціи слюны высыханіе слизистой оболочки полости рта и постоянный токъ воздуха черезъ эту полость (больные рѣже дышатъ черезъ носъ) влекутъ за собою весьма часто катаральныя пораженія оболочки рта съ накопленіемъ налетовъ, появляющихся вслѣдствіе медленнаго возобновленія эпителіальнаго слоя и несовершеннаго смыванія отжившихъ поверхностныхъ слоевъ его; участки слизистой оболочки, гдѣ открываются выводящіе протоки слюнныхъ железъ, не изъяты отъ возможности подобнаго же катарральнаго заболѣванія. При такихъ обстоятельствахъ можетъ случиться ссыханіе или засореніе катарральнымъ отдѣленіемъ устья Стенонова или Вартонова протока, а слѣдовательно создается и условіе для стаза слюны. На задержку слюны отъ подобной причины указываютъ почти всѣ, кто занимались вопросомъ о послѣдовательныхъ паротитахъ. Дѣйствительно, давленіе подъ которымъ выдѣляется слюна у тяжелыхъ лихорадящихъ больныхъ, должно быть очень понижено, и существующее препятствіе къ ея выходу не можетъ, разумѣется, быть побѣждено слюннымъ токомъ такъ легко, какъ у здоровыхъ людей. Извѣстно изъ опытовъ надъ животными, что давленіе слюны въ выводящихъ протокахъ, при усиленной функціи слюнныхъ железъ, можетъ почти вдвое превышать давленіе въ артеріальныхъ сосудахъ железъ; въ выводящемъ протокѣ submaxillaris оно доходитъ даже до 200 mm. Hg. [2]). По аналогіи можно предполагать, что и у здоровыхъ людей давленіе въ выводящихъ слюнныхъ протокахъ при періодическомъ дѣятельномъ состояніи железъ весьма достаточно для того, чтобы преодолѣть небольшія препятствія, еслибы таковыя возникли въ устьѣ главныхъ выводящихъ каналовъ. Иначе обстоитъ дѣло у тяжелыхъ лихорадящихъ больныхъ. Помимо общаго пониженія продукціи слюны, поводы къ застою ея у тифозныхъ даютъ-

---

[1]) Mosler. Untersuchungen über die Beschaffenheit des Parotidensecrets und deren practische Verwerthung. Berl. klin. Wochenschr. 1866. III. 16, 17.

[2]) Landois. Учебникъ физіологіи. 1885.

ся еще слѣдующими обстоятельствами: 1) у такихъ больныхъ существуетъ очень мало стимуловъ къ періодическому возбужденію дѣятельности железъ вслѣдствіе отсутствія аппетита и 2) несовершенное опорожненіе секрета изъ выводящихъ протоковъ поддерживается недостаткомъ жевательныхъ мышечныхъ движеній, которыя, какъ полагаютъ, служатъ подмогою въ дѣлѣ выталкиванія слюны. Возраженія противъ происхожденіи паротитовъ черезъ протоки, основанныя на томъ, что при простыхъ стоматитахъ, stomacace, плѣсневицѣ и разныхъ другихъ пораженіяхъ полости рта у людей, здоровыхъ въ остальныхъ отношеніяхъ, не появляется воспаленія слюнныхъ железъ, мало убѣдительны, ибо въ этихъ случаяхъ нѣтъ основанія допускать подавленія слюнной секреціи, а слѣдовательно и возможности существованія слюннаго стаза: слюноотдѣленіе при подобныхъ заболѣваніяхъ часто, наоборотъ, усилено.

Что касается моментовъ, уменьшающихъ выработку слюны у тифозныхъ больныхъ, то полный разборъ ихъ представляетъ значительныя трудности. Извѣстно изъ физіологіи, что дѣятельность слюнныхъ железъ зависитъ отъ разнообразныхъ факторовъ, которые могутъ быть сведены на три главные пункта: 1) на дѣятельность собственно секреторныхъ нервовъ; 2) сосудодвигательныхъ и 3) на то или другое состояніе протоплазмы самихъ отдѣлительныхъ клѣтокъ (трофическіе процессы). Значительную долю вліянія на уменьшеніе выработки слюны должно, по всей вѣроятности, приписать нарушенію трофическихъ процессовъ, т. е. тѣмъ паренхиматознымъ измѣненіямъ отдѣлительныхъ клѣтокъ, которыя въ большей или меньшей степени при тифѣ почти всегда существуютъ. Изъ опытовъ Кл. Бернара надъ «паралитическимъ» отдѣленіемъ слюны видно, что при начинающемся перерожденіи железы слюноотдѣленіе падаетъ. Но рядомъ съ этимъ невозможно отрицать и подавляющаго дѣйствія тифознаго яда на секреторные нервы, ибо сухость рта появляется уже въ первые дни болѣзни, когда дегенеративныя измѣненія протоплазмы отдѣлительныхъ клѣтокъ не могутъ достигнуть сильной степени; да и на высотѣ болѣзни измѣненія въ железахъ иногда не настолько велики, чтобы обусловить полную остановку слюноотдѣленія. Но во всякомъ случаѣ условія для болѣе или менѣе полнаго стаза слюнной жидкости при тифѣ существуютъ какъ со стороны самихъ железъ, такъ и со стороны полости рта. Одинъ разъ токъ слюны можетъ быть замедленъ почти до полной остановки вслѣдствіе минимальной секреціи ея, другой разъ причиною задержки можетъ служить препятствіе въ устьѣ протока и, наконецъ, то и другое можетъ случиться вмѣстѣ. На вопросъ о томъ, почему гнойные паротиты при брюшномъ тифѣ встрѣчаются рѣдко и преимущественно въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ, можно,

какъ кажется, отвѣтить такимъ образомъ: 1) не всегда въ полости рта присутствуютъ въ значительномъ количествѣ гноеродные микроорганизмы, достаточно жизнедѣятельные; 2) *полное прекращеніе* отдѣленія слюны происходитъ, вѣроятно, относительно рѣдко и стоитъ въ зависимости не отъ однихъ только дегенеративныхъ измѣненій железистой ткани, но и отъ нѣкоторыхъ другихъ моментовъ. Здѣсь я позволю себѣ уклониться нѣсколько въ сторону. Извѣстно, что гнойные паротиты изрѣдка наблюдаются послѣ оваріотомій и вообще послѣ хирургическаго вмѣшательства въ сферѣ половыхъ органовъ и живота, но только въ рѣдкихъ случаяхъ могутъ быть связаны съ общимъ піэмическимъ заболѣваніемъ. Möricke [1]) сообщаетъ, что въ 5 случаяхъ паротитовъ на 200 оваріотомій, произведенныхъ Шредеромъ, ни въ одномъ изъ нихъ не было симптомовъ піэміи, которые позволяли бы сдѣлать предположеніе о метастатическомъ воспаленіи железъ. Заболѣваніе, обыкновенно двустороннее, появлялось на 4—7 день послѣ операціи. Paget [2]), собравшій 101 случай parotitidis (почти половина изъ нихъ гнойные) послѣ различныхъ операцій въ полости живота, а также и при разныхъ пораженіяхъ послѣдняго, могъ только въ рѣдкихъ случаяхъ признать это заболѣваніе какъ выраженіе общаго зараженія организма. Итакъ, если этимъ паротитамъ приписать тотъ же анатомически восходящій характеръ по протокамъ и, слѣдовательно, допустить въ этихъ случаяхъ необходимость слюннаго стаза, то, очевидно, причину послѣдняго едва-ли можно искать въ какихъ-либо дегенеративныхъ процессахъ железистой ткани, такъ какъ подходящей почвы для подобныхъ измѣненій въ большинствѣ случаевъ не найдется. Необходимо обратиться къ другимъ источникамъ для объясненія остановки слюноотдѣленія—къ измѣненію дѣятельности сосудодвигательныхъ или секреторныхъ нервовъ. Просматривая казуистику вторичныхъ паротитовъ при разныхъ общихъ болѣзняхъ, мы видимъ, что заболѣваніе слюнныхъ железъ въ очень многихъ случаяхъ связано съ пораженіями брюшныхъ органовъ вообще. Такъ, Cruveilhier [3]) говоритъ о паротитахъ при остромъ фолликулярномъ энтеритѣ; случаи Virchow'a [4]), за исключеніемъ паротитовъ при бронхо и плевро-пневмоніи, связаны съ заболѣваніями въ брюшной полости (ракъ печени и кишекъ съ послѣдующею дизентеріею; желчные камни; кишечное пораженіе при чахоткѣ); въ случаяхъ Hanau [5]): peritonitis; hernia incarcerata. Въ одномъ изъ на-

[1]) Möricke, Entzündung der Ohrspeicheldrüsen als Complication von Ovariotomien. Zeitschr. f. Gynaekol. Bd. V. Hft. 2. Цит. по Revue des sciences méd. 1882.

[2]) Paget. The britisch med. journ. March. 1887. Цит. по Wirchow-Hirsch Jahresbericht. 1887. t. II.

[3]) Cruveilhier. l. c.

[4]) Virchow. l. c.

[5]) Hanau. l. c.

шихъ случаевъ (15), гдѣ найдено начинающееся гнойное воспаленіе подчелюстной железы, были въ теченіе всей болѣзни наблюдаемы явленія раздраженія брюшины (на вскрытіи — гиперемія большаго сальника, тифозныя язвы кишекъ, проникающія почти до серознаго слоя). Если примѣнить данныя, добытыя физіологіей относительно слюноотдѣленія, къ вопросу о происхожденіи послѣдовательныхъ паротитовъ, то предположеніе о стазѣ слюны, какъ одномъ изъ главныхъ условій проникновенія въ железу гноеродныхъ микроорганизмовъ изъ полости рта, окажется еще болѣе вѣроятнымъ, и не только для паротитовъ инфекціонныхъ болѣзней, но и для большинства другихъ. Физіологія показываетъ, что при извѣстныхъ условіяхъ можетъ происходить полная остановка слюноотдѣленія рефлекторнымъ путемъ. Такъ, иногда при нравственныхъ волненіяхъ слюноотдѣленіе прекращается и появляется сухость во рту. По опытамъ Павлова [1]) при вскрытіи полости живота и вытягиваніи изъ раны кишечной петли наступаетъ остановка слюноотдѣленія вслѣдствіе рефлекторнаго угнетенія секреторныхъ нервовъ (а можетъ быть и отраженнаго сокращенія сосудовъ железъ), идущаго отъ раздраженія чувствительныхъ нервовъ внутренностей. Раздраженіе симпатическаго нерва по Кл.-Бернару можетъ совершенно остановить отдѣленіе околоушной железы. Итакъ, если раздраженіе нервовъ въ сферѣ брюшныхъ органовъ длится относительно долгое время (при различныхъ пораженіяхъ кишечника, брюшины, тазовыхъ органовъ, послѣ операцій въ брюшной полости), то совершенно мыслима и остановка слюноотдѣленія отраженнымъ путемъ болѣе или менѣе продолжительная, а слѣдовательно этимъ дано условіе для засоренія устья выводныхъ протоковъ железъ гноеродными кокками, буде таковые въ то время имѣются въ полости рта. Paget [2]) объясняетъ паротиты послѣ оваріотомій послѣдствіемъ продолжительнаго рефлекторнаго съуженія артерій железы. Съ точки зрѣнія длительной остановки секреціи слюны рефлекторнымъ путемъ съ внутренностныхъ нервовъ тифозные паротиты могутъ имѣть до извѣстной степени симптоматическое значеніе, какъ выраженіе рефлекторнаго раздраженія со стороны кишечника, когда онъ пораженъ сильнѣе обычнаго, или со стороны другихъ брюшныхъ органовъ. Что одни только паренхиматозныя измѣненія желѣзъ не могутъ быть поставлены какъ самое необходимое условіе для гнойнаго воспаленія ихъ, это видно, помимо всѣхъ приведенныхъ соображеній и изъ того, что въ тѣхъ изслѣдованныхъ нами случаяхъ, гдѣ паренхиматозныя измѣненія были замѣтно выражены, не существовало никакихъ признаковъ начинающагося заболѣванія железъ со стороны протоковъ, и съ другой стороны, въ случаѣ 15 гнойнаго воспаленія подчелюстной железы, уцѣлѣвшіе участки ткани

---

[1]) Фостеръ. Учебникъ физіологіи, т. I, стр. 441. Прим. проф. Тарханова.
[2]) Paget. l. c.

представляли почти всѣ нормальныя свойства, за исключеніемъ незначительнаго помутнѣнія протоплазмы и увеличенія объема клѣтокъ. Hoffmann [1]), много разъ находившій рѣзкія дегенеративныя измѣненія железы, встрѣчалъ паротиты нечасто.

Остается сказать нѣсколько словъ о степени гнойнаго пораженія железъ. Какъ извѣстно, разрушеніе железы идетъ иногда очень быстро по соединительной ткани и принимаетъ характеръ разлитой флегмоны; въ другихъ случаяхъ заболѣваніе ограничивается только областью самой железы. Въ нашихъ случаяхъ (15 и 16) пораженіе отдѣльныхъ долекъ соотвѣтствовало количеству находимыхъ въ центральныхъ каналахъ кокковъ. Рядомъ съ этимъ, въ окружности сильнѣе разрушенныхъ и набитыхъ кокками болѣе крупныхъ протоковъ процессъ нагноенія уже захватывалъ и соединительную ткань. Слѣдовательно, тѣмъ скорѣе можно ожидать участія широкихъ соединительно-тканныхъ цуговъ въ воспаленіи, чѣмъ сильнѣе разрушаются проходящіе среди нихъ выводные протоки, а это послѣднее обстоятельство соотвѣтствуетъ большему накопленію микроорганизмовъ въ просвѣтѣ ихъ (а можетъ быть и болѣе сильной степени ядовитости кокковъ), а также и продолжительности задержки гноя. Bruns [2]) и Mosler [3]), давая стокъ гною при началѣ паротитовъ черезъ вставленную въ отверстіе Стенонова протока трубочку, обрывали дальнѣйшій ходъ заболѣванія. Земблинову [4]) удавалось въ нѣсколькихъ случаяхъ гнойнаго паротита своевременнымъ массированіемъ железы удалить изъ протоковъ и долекъ гной и тѣмъ предохранить железу отъ дальнѣйшаго процесса. Выше были уже упомянуты наблюденія Crocq'a [5]), который получалъ черезъ отверстіе выводнаго канала гной во всѣхъ тѣхъ случаяхъ вторичныхъ паротитовъ, которые оканчивались «разрѣшеніемъ». Изъ этого слѣдуетъ заключить, что чѣмъ свободнѣе стокъ гноя черезъ естественные пути железы, тѣмъ процессъ будетъ ограниченнѣе,—и наоборотъ.

Подводя итоги работѣ, можемъ сдѣлать слѣдующіе выводы:

1) интенсивность различной степени дегенеративныхъ измѣненій въ паренхимѣ слюнныхъ железъ при брюшномъ тифѣ не всегда соотвѣтствуетъ продолжительности болѣзни.

2) рядомъ съ паренхиматознымъ, встрѣчается почти постоянно въ железахъ интерстиціальный процессъ въ формѣ скопленій грануляціонныхъ элементовъ въ окружности сосудовъ и выводныхъ каналовъ.

3) въ отношеніи появленія гнойныхъ паротитовъ паренхиматозныя и интерстиціальныя измѣненія въ слюнныхъ железахъ имѣютъ

---

[1]) Hoffmann. l. c.
[2]) Циммсенъ. Руководство къ частной патологіи и терапіи, т. VII, ч. I.
[3]) Mosler. l. c.
[5]) Земблиновъ. Массажъ при воспаленіи околоушной и титечной железъ. Врачъ. 1890. № 3—7.
[4]) Crocq. l. c.

значеніе по стольку, по скольку ими обусловливается паденіе до minimum'a выработки слюны или задержка въ ея выведеніи.

4) измѣненія въ стѣнкахъ сосудовъ слюнныхъ железъ при брюшномъ тифѣ встрѣчаются нечасто; венозная гиперемія желѣзъ—явленіе довольно постоянное.

5) катарральныя явленія въ отдѣльныхъ системахъ выводныхъ каналовъ съ задержкою выведенія секрета принадлежатъ къ нерѣдкимъ спутникамъ тифознаго процесса.

6) въ происхожденіи общаго карарра всѣхъ выводныхъ протоковъ железъ слѣдуетъ поставить на первое мѣсто застой слюны, вслѣдствіе болѣе или менѣе полной ея задержки въ устьѣ или на протяженіи главнаго протока.

7) застой содержимаго выводныхъ каналовъ, какія бы причины его ни вызывали, является главнымъ благопріятнымъ моментомъ для внѣдренія и размноженія гноеродныхъ кокковъ въ застоявшейся слюнѣ, какъ питательной средѣ.

8) гнойные паротиты брюшнаго тифа происходятъ со стороны полости рта, подобно вторичнымъ паротитамъ при другихъ тяжелыхъ общихъ болѣзняхъ.

9) не исключается возможность появленія паротитовъ въ рѣдкихъ случаяхъ черезъ лимфатическіе пути отъ пораженныхъ сосѣднихъ лимфатическихъ железъ. Происхожденіе гнойнаго воспаленія слюнныхъ железъ при тифѣ путемъ метастаза патогеннаго матеріала черезъ кровеносные сосуды остается недоказаннымъ.

10) распространеніе нагноенія по вѣтвямъ протоковъ одного и того же участка железы идетъ неравномѣрно; возможно частичное пораженіе железъ гнойнымъ катарромъ.

11) величина отдѣльныхъ разрушенныхъ участковъ железы въ окружности слюнныхъ каналовъ соотвѣтствуетъ массѣ кокковъ, находимыхъ въ просвѣтахъ этихъ каналовъ.

12) путемъ микроскопическаго изслѣдованія срѣзовъ бациллъ брюшнаго тифа въ слюнныхъ железахъ не найдено.

Настоящую работу, произведенную въ патолого-анатомическомъ кабинетѣ Военно-Медицинской Академіи, заканчиваю изъявленіемъ искренней благодарности профессору Н. П. Ивановскому, совѣтами и указаніями котораго я пользовался при веденіи работы.

Считаю пріятнымъ долгомъ выразить искреннюю благодарность Пр.-доценту Д-ру Н. В. Ускову, Проф. К. Н. Виноградову и прозектору П. Н. Холшевникову за любезное содѣйствіе въ доставленіи необходимаго мнѣ матеріала.

ПОЛОЖЕНІЯ.

1. Гнойные паротиты брюшнаго тифа могутъ имѣть симптоматическое значеніе, не будучи метастатическими.

2. Выводящіе протоки слюнныхъ железъ при извѣстныхъ условіяхъ являются проводниками общаго вторичнаго (смѣшаннаго) зараженія при брюшномъ тифѣ.

3. Осторожное массированіе околоушной железы въ началѣ гнойнаго паротита примѣнимо при условіи свободнаго выхода гноя изъ устья выводнаго канала.

4. Очищеніе полости рта слабыми дезинфицирующими растворами у тяжелыхъ лихорадящихъ больныхъ должно служить предметомъ тщательной заботливости со стороны персонала, ухаживающаго за больными, и внимательнаго контроля со стороны врача.

5. Вся обстановка тифозныхъ больныхъ должна удовлетворять возможно строгимъ требованіямъ чистоты.

6. Гипертрофія миндалевидныхъ железъ не служитъ сама по себѣ достаточнымъ показаніемъ для производства тонзиллотоміи.

Fig. 1.
H, 7.

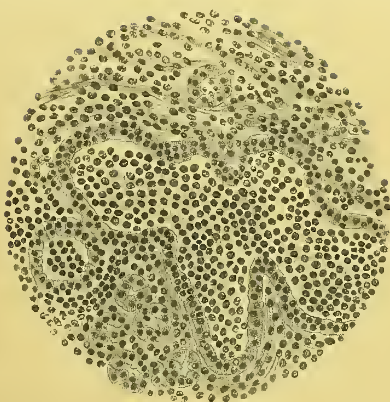


Fig. 2.
H, 7.

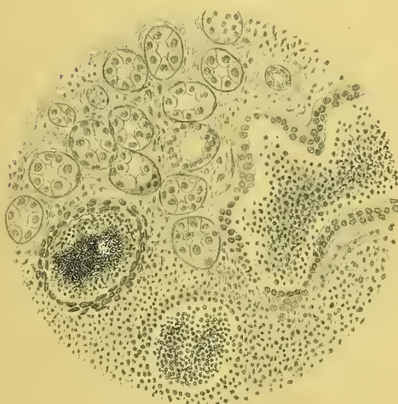
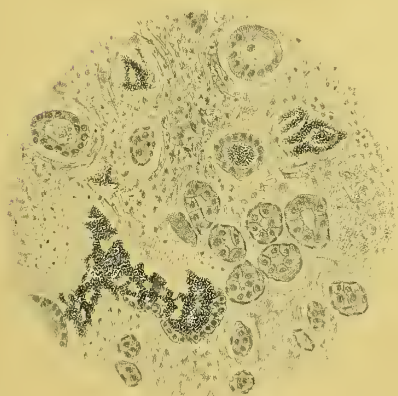


Fig. 3.
H, 7.



Металлографія Ш. Ивансонъ, Пет. ст., 6. Пр. № 1 СПБ.

Curriculum vitae.

Александръ Ивановичъ Крупенинъ, уроженецъ Костромской губерніи, православнаго исповѣданія, родился въ 1854 году. Среднее образованіе получилъ въ Пермской гимназіи. Въ 1877 году поступилъ на физико-математическій факультетъ С.-Петербургскаго университета по отдѣленію естественныхъ наукъ, гдѣ въ 1881 году окончилъ курсъ со степенью кандидата. Въ 1882 году поступилъ на медицинскій факультетъ Казанскаго университета, и въ слѣдующемъ году перешелъ въ Военно-Медицинскую академію, гдѣ и получилъ званіе лекаря въ 1885 году. Въ томъ же году былъ назначенъ младшимъ врачемъ въ 64-й пѣхотный Казанскій полкъ. Въ 1887 году переведенъ въ морское вѣдомство младшимъ врачемъ 6-го флотскаго экипажа, каковымъ состоитъ до сего времени. Экзамены на степень доктора медицины выдержалъ въ 188⁸/₉ году и въ настоящее время представляетъ диссертацію подъ заглавіемъ: «Матеріалы къ вопросу о заболѣваніи слюнныхъ железъ при брюшномъ тифѣ».
